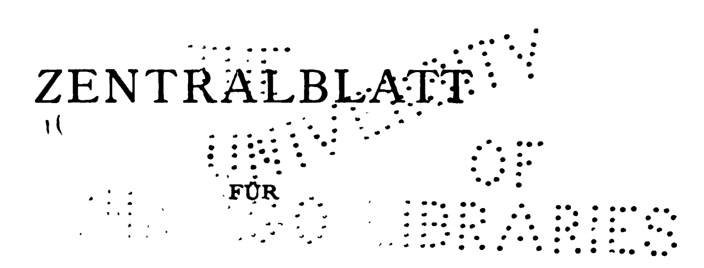

Cres
cat Sci
entia
Vita
Exco
latur







ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

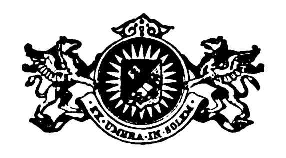
EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

SAN.-RAT DR. E. GRAETZER
IN FRIEDENAU-BERLIN.

21. JAHRGANG 1916.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1916.





Inhaltsverzeichnis des 21. Jahrganges.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. | Januar 1916. | Nr. 1.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Bernhard Sperk, Klinische Beobachtungen über Dermatitis exfoliativa (Ritter). (Ztschr. f. Kinderhlk. 11 1914. S. 57—68.) Die Erkrankung wird charakterisiert durch eine vom Kinne ausgehende und über den ganzen Körper sich verbreitende Rötung und Schwellung der Haut, wobei die Exsudation so hochgradig sein kann, daß weite Bezirke der Epidermis von der Cutis direkt abgehoben werden. Die leichtesten Hauttraumen genügen zur Ablösung der Epidermis über weite Flächen. Verf. hat 11 Fälle beobachtet mit einer Mortalität von etwa 70%. Die Beobachtungen werden in extenso publiziert. Die Erkrankung begann im Alter von 2—5 Wochen, am häufigsten in der 2. Woche, die Dauer der Erkrankung betrug 3 bis 9 Tage, am häufigsten 7 Tage. Es bestehen sicher Zusammenhänge zwischen D. exf. und Pemphigus neonatorum in dem Sinne, daß der Pemphigus neonatorum das primäre Moment darstellt; es kommt dann zur Epidermolyse, wenn, wie es für den Neugeborenen physiologisch ist, die Schweißsekretion mit Quellung der Oberhaut als begünstigendes Moment hinzutritt. Dabei kann es zu Resorption von Bakteriengiften und Einwanderung von Bakterien in das Körperinnere (Septikopyämie) kommen. Schick.

E. Nast, Über den Eiweißgehalt des Blutes im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. (Ebenda. 11. 1914 S. 92—109.) Die refraktometrischen Bestimmungen bei über 200 Kindern, die mit den bisher gefundenen Zahlen gut übereinstimmen, ergeben den Umschlag vom geringen Eiweißgehalt des Säuglingsblutes zu dem des Erwachsenen ungefähr im 10. Monat. Bei den meisten Tuberkulosefällen ergeben sich auffallend hohe Werte. Erklärung dieses Befundes steht noch aus. Schick.

H. Blumer, Das Dialysierverfahren Abderhaldens bei Rachitis und Tetanie. (Ebenda. 11. 1914 S. 110—116.) Untersucht wurde der Einfluß des Serums auf Epithelkörperchen, Hypophyse, Hoden, Schilddrüse und Nebenniere. Resultat negativ. Das Serum von Rachitis- und Tetaniekranken enthält also keine Fermente, die einen Abbau genannter Organe bewirken. Schick.

Ernst Mayerhofer und **Franz Roth,** Klinische Beobachtungen über die kalorische Betrachtungsweise der Säuglingsernährung. (Ebenda. 11. 1914. S. 117—132.) Eine vollkommene Einheit-

lichkeit im Kalorienbedürfnis der Säuglinge besteht nicht; es gibt sogar anscheinend gesunde Säuglinge, die bei gleicher Ernährung und bei gleicher Kalorienzahl bald zunehmen, bald wieder unerklärte Gewichtsstillstände aufweisen. Doch bildet im allgemeinen für den Vergleich der verschiedenen, für den Säugling in Betracht kommenden Kostformen die kalorische Berechnung nach Heubner die beste exakte Grundlage. Man kann verschiedene Typen von Säuglingen unterscheiden. Es gibt Säuglinge mit abnorm niedrigem Optimum (73—85 Kalorien pro Kilogramm). Mangelnde Muskelaktion setzt das Existenzminimum des Säuglings bis auf etwa 51 Kalorien pro Kilogramm herab. Atrophiker und Frühgeburten haben einen hohen Energiequotienten. Eine Gruppe von Kindern nimmt bei einem Energiequotienten unter 100 Kalorien pro Kilogramm wenig zu, bei 100 besser, das Optimum findet sich hoch über 100 Kalorien. Andere verhalten sich nach der Regel von Heubner (Optimum der Zunahme bei 100 Kalorien pro Kilogramm). Die kalorische Betrachtungsweise ermöglicht eine „individuelle Charakteristik" des Säuglings bezüglich Existenzminimum, Optimum und Toleranzgrenze. Schick.

Herbert Koch und **Walter Schiller,** Über die Reaktionsfähigkeit tuberkulöser Hautstellen auf Tuberkulin. (Ebenda. 11. 1914 S. 133—142.) Nachimpfungen mit Alttuberkulin in ein tuberkulöses Gewebe, sei es kutan oder intrakutan, ergaben bei gleicher Anwendungsweise ein verschiedenes Resultat, je nach dem Ort der Einverleibung und dem Stadium, in dem sich die ursprüngliche Entzündung befindet. Intrafokale Nachimpfung, d. h. in klinisch noch entzündete Partien gesetzte, zeigt, mit der Kontrolle verglichen, kein einheitliches Verhalten. Doch ergibt sich eine deutliche Abhängigkeit von der zwischen ursprünglicher und weiterer Impfung verstrichenen Zeit in dem Sinne, daß die Reaktion auf die Nachimpfung um so stärker ausfällt, je länger das Zeitintervall ist, d. h. je weiter die ursprüngliche Entzündung in ihrem Ablauf vorgeschritten ist. Die parafokalen Nachimpfungen, d. h. solche neben klinisch noch entzündeten Partien gesetzte, geben nur dann stärkere Reaktionen, wenn die Applikationsstelle in die frühere Area (entzündlicher Hof) der primären Reaktion fiel. Sonst ergaben sich gleiche oder schwächere Reaktionen. Die Narbenreaktionen, d. h. in klinisch vollkommen abgelaufene Entzündungen gesetzte Nachimpfungen, ergaben einheitlich stärkere Reaktionen als die Kontrollstellen. Die Erklärung hierfür kann in folgenden Momenten zu suchen sein: Die spezifisch tuberkulöse Entzündung ist ein allergischer Prozeß (nach v. Pirquet), hervorgerufen durch das aus Antigen und Reaktionskörper (Ergin) entstandene Apotoxin. Variieren die Mengen dieser beiden Körper, dann entstehen Verschiedenheiten in der Intensität der Reaktion. Man kann annehmen, daß in den frisch entzündeten Partien kein freier Reaktionskörper vorhanden ist, so daß kein Apotoxin entsteht. Nach Ablauf der Entzündung häufen sich die Reaktionskörper lokal an, daher reichliche Apotoxinbildung, starke Reaktion. Zwischen diesen Grenzfällen gibt es eine Reihe von Übergängen. Schick.

Hans Bahrdt und **Mc Lean Stafford**, Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 8. Mitteilung: Über die flüchtigen Fettsäuren im Darm gesunder und magendarmkranker Säuglinge und ihre Beziehungen zu den Stoffwechselstörungen. (Ebenda. 11. 1914 S. 143—178.) Die erste Frage lautet: Welchen Einfluß hat die Art der Nahrung auf die Bildung flüchtiger Fettsäuren im Darm? Die Versuche ergaben große Verschiedenheiten. Brusternährung und Friedenthalsche Kindermilch führte zu hohen Zahlen für freie flüchtige Fettsäuren. In Kuhmilchstühlen gesunder Kinder fehlen freie flüchtige Fettsäuren (außer bei Buttermilch). Die Stuhluntersuchung bei Malzsuppe und Ziegenmilch ergab ähnliche Zahlen wie bei Kuhmilch.

Bei akuten Verdauungsstörungen (zweite Fragestellung) ergab sich deutliche Vermehrung der freien flüchtigen Säuren im Stuhl. Sie dürften mit der erhöhten Darmgärung zusammenhängen. Die flüchtigen Säuren sind 5—20mal konzentrierter als in saurer Milch und 5—10mal konzentrierter als im Mageninhalt. Sie können daher in der Pathogenese der Verdauungsstörungen sicherlich eine Rolle spielen. Sie sind die Erreger der vermehrten Drüsen- und Darmsekretion (wenn auch nicht die einzigen) und zugleich der vermehrten Peristaltik. Schick.

Adolph Baginsky (Berlin), Die wichtigsten Verdauungsstörungen des älteren Kindes und ihre Behandlung. (Arch. f. Kindhlk. 64. H. 3 u. 4.) Der Aufsatz — ein im Auftrag des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen gehaltener Vortrag — behandelt, ohne wesentlich Neues zu bringen, das habituelle Erbrechen, die nervöse Anorexie, die Magenatonie, chronisch-dyspeptische Verdauungsstörungen, die Achylia gastrica oder achylische Diarrhoe und die Obstipation. Hecker (München).

Adolph Baginsky (Berlin), Zur Therapie der akuten (genuinen) Pneumonie der Kinder. (Die Therapie der Pneumonie als therapeutisches Paradigma.) (Ebenda.) „Der über 70jährige Autor reicht dem 70jährigen Jubilarkollegen Ganghofner in diesem Festaufsatz verständnsivoll die Hand in der Betrachtung therapeutischer Vorgänge, in welchen uns die Natur den Weg weist, ihr nicht altklug und voreilig in überhastender Geschäftigkeit gleichsam in den Arm zu fallen, da, wo sie der Hilfe nicht bedarf, sondern mit den eigenen, im Organismus innewohnenden Kräften auskommt.“ Verf. will nicht dem therapeutischen Nihilismus das Wort reden, sondern ihm liegt am Herzen „die Ablehnung der rastlosen, störenden, nur um der eigenen Betätigung willen in steter Beweglichkeit befindlichen Geschäftigkeit der Modernen.“ Es gibt Krankheitsformen auch bei Kindern, bei welchen das lebhafte aktive und mit erprobten Mitteln in Szene gesetzte Eingreifen des Arztes heilig gebotene Pflicht ist. An der Hand von einer Reihe wahllos zusammengestellter, zum Teil recht schwerer und komplizierter Fälle von Pneumonie wird dies illustriert. Hecker (München).

M. Benjamin, Klinische und poliklinische Erfahrungen mit Trikalkol-Kaseinmilch. (Aus dem A. von Oppenheim-

schen Kinderhospital zu Köln.) (Ebenda.) Das Trikalkol, ein Kalk-Eiweißpräparat, in welchem das Verhältnis Kalkgehalt > Phosphorgehalt gewahrt ist, wird nach bestimmtem Rezept unter Zusatz von Kohlehydrat (Nährzucker) der halb gewässerten Milch zugesetzt. Die Wirkung auf das Stuhlbild war stets ganz eklatant. Selbst in schwersten Fällen und bei denkbar pathologischen Stühlen traten sehr häufig ganz verblüffend schnell trockene und seltene Seifenstühle von alkalischer Reaktion auf. Es kamen Fälle von Bilanzstörung, Dyspepsie Dekomposition und Intoxikation zur Behandlung. Dabei stellt sich die Trikalkol-Kaseinmilch als eine Nahrung von guter Heilwirkung dar. Für den praktischen Arzt ist sie ein recht brauchbares Mittel, da die Herstellungsweise sehr einfach ist und der geringe Preis auch bei Minderbemittelten die Anwendung ermöglicht. Hecker (München).

M. K. Forcart (Basel), Über Pylorusstenose im Säuglingsalter. (Ebenda.) Die an 15 Fällen gemachten Beobachtungen ergeben unter anderem Folgendes: Nur in 73% waren die Eltern gesund, in den übrigen waren nervöse Erscheinungen vorhanden, die meisten Kinder waren Erstgeborene, und zwar Knaben. Nur 5 Kinder wurden gestillt, 10, also 66%, waren künstlich ernährt. Die ersten Krankheitserscheinungen traten niemals gleich nach der Geburt, weitaus am häufigsten im Verlauf der zweiten Woche auf. In den meisten Fällen bestand hartnäckige Obstipation. Spastische Erscheinungen wurden nur in einem Drittel vermerkt. Die Untersuchung des Mageninhaltes, die nur bei wenigen Fällen vorgenommen werden konnte, ergab bezüglich der Azidität sehr schwankende Resultate, die keine Schlüsse zuließen. Hinsichtlich der Therapie ist Verf. sehr resigniert; Medikamente wie auch Magenspülungen waren auf den Verlauf der Krankheit stets wirkungslos. Unentbehrlich sind Nährklystiere und Kochsalzinfusionen. Dreimal erwies sich Magenmassage zur Auspressung von Mageninhalt durch den Pylorus als nützlich. Unter den Ernährungsarten gab die besten Resultate Frauenmilch + Muttermilch und Frauenmilch + Malzsuppe. Der Krankheitsverlauf war im allgemeinen gut; 10 Kinder konnten als vollständig geheilt entlassen werden. Nur 2 starben an Pneumonie und Inanition. Die durchschnittliche Krankheitsdauer war 4—6 Wochen. Hecker (München).

Hugo Zade (Immigrath), Zur Pathologie des periodischen mit Azetonämie einhergehenden Erbrechens. (Ebenda.) Erwiderung auf Bemerkungen Heckers zu der in Band 63 Heft 1 und 2 dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit des Verf. über das obige Thema. Hecker (München).

Enrique Suner, Untersuchungen über den bronchopneumonischen Pseudokrupp. (Jahrb. f. Kindhlk. S. 579ff.) Der bronchopneumonische Pseudokrupp ist eine Sondererscheinung der Bronchopneumonie, gehört ausschließlich dem Kindesalter an und charakterisiert sich durch echte Kruppsymptome, aber ohne eine krankhafte Manifestation am Kehlkopf. Im Verlauf lassen sich drei Perioden unterscheiden. 1. Periode des initialen Katarrhs. 2. Periode

der Larynxstenose. 3. Periode der Asphyxie. Die bis jetzt bekannten Ursachen sind: Diphtherie (gewöhnlich als Komplikation von Masern), Pneumo- und Staphylokokkeninfektionen. Differential-diagnostisch gegen echten Diphtheriekrupp: Fehlen von Pseudomembranen in Mund und Rachen, Voraufgehen katarrhalischer Erscheinungen, das frühzeitige und intensive Auftreten von bronchopneumonischen Symptomen, endlich die bakteriologische Untersuchung. Die Prognose ist ernst. Therapie ist die der Bronchopneumonie überhaupt, bei unsicherer Diagnose, sowie in allen Fällen nach Masern: Injektion von Diphtherieheilserum; endlich Intubation, wenn hochgradige Asphyxie sie verlangt. Husler (München).

Ad. Czerny, Zur Kenntnis der Zirkulationsstörungen bei akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge. (Ebenda. 33. S. 601.) Im wesentlichen kann man zwei Todesarten bei den alimentären Toxikosen unterscheiden, die, bei der die Atmung zuerst und dann die Herzfunktion erlischt, und die, bei der das Herz seine Tätigkeit lange vor dem Aufhören der Atmung eingestellt hat. Verf. hat Röntgenbilder von Säuglingen letzterer Kategorie hergestellt und dabei einen auffallend kleinen Herzschatten gefunden, der ihm für die Pathogenese der tödlich verlaufenden Fälle wichtig erscheint. Er kommt auf Grund seiner Überlegungen zu der Auffassung, daß die Verkleinerung des Herzschattens durch abnormen Kontraktionszustand der Herzmuskulatur zustande kommt. Dieser Zustand seinerseits wieder hat seine eigentliche Ursache in einer besonderen Erregbarkeit des Zirkulationssystems einzelner Kinder und wird durch die alimentäre Toxikose nur ausgelöst. Es sind dies Kinder mit abnorm labiler Herz-, Gefäß- und Zerchfellinnervation. Wenn bei alimentären Toxikosen der Herzschatten einmal vergrößert und ein anderes Mal verkleinert gefunden wird, dann ist es nicht verwunderlich, wenn therapeutisch gleiche Mittel nicht gleiche Wirkung haben. Bei Kindern mit Verkleinerung des Herzschattens versagen alle Exzitantien, wirken vielleicht sogar schädlich. Husler (München).

Valerie Lederer, Ein Beitrag zur Raynaudschen Krankheit im Kindesalter. (Ebenda. 30. S. 607ff.) Beschreibung eines Falles von Raynaudscher Krankheit bei einem 3jährigen Kinde. Die Erkrankung trat ohne ersichtliche Ursache und ohne vorausgehende Infektionskrankheit in Attacken auf, befiel die Hände und Füße inklusive Unterschenkel in Form von Zyanose, Kälte, Ödem, Schmerz. Die Erscheinungen gingen jedesmal nach mehrstündiger Dauer wieder zurück, ohne zu Nekrose zu führen. Die Therapie bestand in lokaler Wärmeapplikation. Husler (München).

Ignaz Péteri, Beiträge zum pathologischen Wesen und zur Therapie des transitorischen Fiebers bei Neugeborenen. (Ebenda. 30. S. 612ff.) Nach den Ausführungen des Verf. kann das transitorische Fieber als Exsikkations-, Inanitions- oder durch Wärmekumulation bedingtes Fieber angesprochen werden. Es kann durch interne Verabreichung von physiologischer NaCl-Lösung vollkommen

und innerhalb kurzer Zeit behoben werden, doch soll dabei die forcierte Ernährung nicht versäumt werden, denn auch diese trägt zum Ersatz der fehlenden Wassermenge bei. Husler (München).

S. Auerbach (Frankfurt a. M.), Die Indikationen der operativen Epilepsiebehandlung im Kindesalter. (Kind.-A. **1915** Nr. **11**.) Für die operative Therapie scheiden von vornherein alle die Gruppen der Krankheit aus, die sicher diffus im Gehirn verbreitet sind; so z. B. die auf Entwickelungshemmungen, auf Lues beruhenden, ferner die toxischen und die bei der Paralyse sowie der Arteriosclerosis cerebri vorkommenden Formen. Ferner kommen nicht in Frage die rein symptomatischen Arten, wie die durch Tumoren oder subdurale Hämatome entstehenden, sowie die Reflexepilepsien. Ebensowenig kann die Frage eines operativen Eingriffes bei den gehäuften kleinen Anfällen Friedmanns, bei der Affektepilepsie von Braatz und den sogenannten psychasthenischen Krämpfen Oppenheims aufgeworfen werden. Als Gegenstand der Besprechung bleibt also übrig die partielle und allgemeine traumatische Epilepsie und die große Gruppe der sogenannten genuinen, sowohl der Jacksonschen als der allgemeinen Konvulsionen.

Bei den typischen Jacksonschen Fällen wird man sich ja nach Erschöpfung der internen und diätetisch-physikalischen Behandlung wenigstens vorläufig noch viel leichter zu einem Eingriffe entschließen. Man muß sich hierbei, ganz abgesehen von den an Zahl schon nicht mehr geringen Erfolgen, vor Augen halten, daß bei einwandfreier Asepsis und zweizeitiger Operation die Lebensgefahr als relativ gering bezeichnet werden kann, daß aber andererseits viele Epileptiker durch die Fortdauer der Konvulsionen unaufhaltsamer Verblödung und schwerem Siechtum verfallen.

Was den Zeitpunkt der Operation anbelangt, so dürften Häufung der Anfälle sowie Zunahme der Lähmungen und deutliche Zeichen beginnender Verblödung als absolute Indikation zu betrachten sein.

Diese Gesichtspunkte treffen nun auch für die operative Therapie der sogenannten genuinen Epilepsie zu. Hier würde man ferner um so eher einen Angriff ins Auge fassen können, je mehr inter- oder postparoxystische Halbseitenerscheinungen sich bei gründlicher Untersuchung konstatieren lassen und je bestimmter die sorgfältig aufgenommene Anamnese für die Einwirkung eines erheblichen Kopftraumas oder eines früheren enzephalitischen Prozesses oder für ein temporäres Beschränktsein der Anfälle auf eine Körperseite spräche.

Bezüglich der Art des Eingriffes könnten vielleicht folgende Hinweise zur Richtschnur dienen: Bestehen keine ausgesprochenen und konstanten Ausfallssymptome und auch keinerlei Halbseitenerscheinungen, so mache man eine nicht zu kleine (8—6 : 6—4 cm) Kraniektomie und exzidiere die Dura. Hierbei wird man, falls ein erhebliches Kopftrauma in der Anamnese nachzuweisen ist, die entsprechende Seite wählen; liegen bestimmte Anhaltspunkte in dieser Richtung nicht vor, so wähle man die rechte motorische oder frontotemporale Region und schone die funktionell wertvollere linke Hemisphäre.

Liegen aber deutliche Paresen oder auch nur konstante Halbseitenerscheinungen vor und sind die Krämpfe auf eine Körperseite dauernd beschränkt, oder ist nur eine dieser beiden Bedingungen erfüllt, so mache man zunächst den eben geschilderten Eingriff. Findet man hierbei eine subarachnoideale Zyste oder einen Tumor oder sonstige Läsionen, die den Symptomenkomplex genügend erklären, so beseitige man diese nach Möglichkeit und beende die Operation. Konstatiert man jedoch auf der Innenseite der Dura oder an der Arachnoidea oder der Pia Alterationen, die auf eine Schädigung des Gehirns hinweisen, die aber allein die klinischen Erscheinungen nicht zu erklären vermögen, z. B. Verfärbungen der Zerebrospinalflüssigkeit, Trübungen der Pia, stärkere Gefäßentwickelungen und ähnliches, so bestimme man nach Krause die Lage des primär krampfenden Zentrums. Hier punktiere man nach verschiedenen Richtungen, bei negativem Ergebnis auch in der Nachbarschaft. Findet man infrakortikale Zysten, so inzidiere und entleere man sie. Eine etwa vorhandene Kapsel muß man sorgfältig entfernen. Ergibt die Punktion nichts Positives, so exzidiere man das Zentrum bis aufs Mark. Zu dieser Exzision möchte Verf. sich eher bei linksseitigen Krämpfen und Hemiparesen entschließen, bei denen die den Reizzustand erzeugenden Läsionen in der rechten Hemisphäre zu vermuten sind, weil die funktionelle Kompensation von seiten der an Einfluß präponderierenden linken Hemisphäre in höherem Maße zu erwarten ist als von der rechten, auch wegen der linksseitigen Lage der Sprachzentren. Übrigens ist es ja bekannt, wie schnell und ausgiebig sich die Sprachfunktionen im Kindesalter sowohl nach operativen als auch internen (Enzephalitis) Schädigungen der entsprechenden Zentren restituieren.

Nach der Operation muß die Behandlung mit Brompräparaten auch bei günstigem Verlaufe noch längere Zeit hindurch fortgesetzt werden. Auch muß selbstverständlich zeitlebens absolute Alkoholabstinenz eingehalten werden.

Aus verschiedenen Gründen möchte Verf. davor warnen, sich überschwenglichen Hoffnungen hinzugeben. Da ist vor allem die sogenannte epileptogene Prädisposition nicht zu übersehen, über die wir doch nicht ganz hinwegkommen. Bestände eine solche konstitutionelle Veranlagung nicht, so könnten wir uns nicht erklären, warum das eine Individuum nach einer im frühen Kindesalter überstandenen offenkundigen Enzephalitis in der Pubertät von Epilepsie befallen wird, während ein anderes, dessen Gehirnentzündung eher schwerer war, zeitlebens davon befreit bleibt. Wir müssen auch an die Multiplizität der Herde denken, die sowohl die Entzündung als auch das Trauma im Gehirn setzen kann und die wir auch beim besten Willen nicht alle entfernen können. Ferner lehrt die Erfahrung, daß Herdsymptome nicht immer durch organische Veränderungen bedingt sind, daß Jacksonsche Erscheinungen auch schon zu Fehldiagnosen geführt haben. Grätzer.

O. Lubarsch, Über Kohlenstaubablagerungen im Darm. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität in Kiel.) (D. m. W.

1915 Nr. 35.) 1. Sehr häufig findet sich im untersten Dünndarm in den Peyerschen Haufen eine Ablagerung von Kohlenstaub.

2. Sie tritt schon bei jugendlichen Individuen auf und konnte unter 81 Fällen 11 mal bei Kindern von $2^1/_2$—16 Jahren festgestellt werden.

3. Sie entsteht durch Verschlucken des eingeatmeten Kohlenstaubs und Aufnahme durch die Zotten.

4. Eine Abhängigkeit der Kohlenstaubablagerungen der Lunge und Brustraumlymphknoten von dieser Fütterungsanthrakose des Darmes ist ausgeschlossen, eine solche der Anthrakose der retroperitonealen Lymphknoten zum mindesten sehr unwahrscheinlich.

5. Die Befunde sind geeignet, die Lehre von der nicht seltenen doppelten Infektion mit Tuberkulose (durch Einatmung und Fütterung) zu unterstützen. Grätzer.

J. Zadek, Lähmungen nach Typhus. (Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses der Stadt Neukölln.) (Ebenda.) Als Beispiel einer Lähmung zentraler Natur nach Typhus gibt Verf. folgenden Fall, bei dem es sich um eine offenbar auf zerebraler Basis beruhende Hemiplegie der Rekonvaleszenz bei einem Kinde handelt, bei dem also an sich wie auch infolge des günstigen Ausganges und relativ raschen Verlaufes ausgedehnte Gefäßveränderungen und Blutungen (Thrombose? Nekrosen?) zum mindesten sehr ungewöhnlich wären und schwerlich die alleinige anatomische Grundlage abgegeben haben.

Edgar L., neun Jahre alt, wird am 13. September 1913 eingeliefert. Früher stets gesund, gesunde Eltern. Befindet sich in der Rekonvaleszenz eines Typhus, der vor etwa einem Monat begonnen hatte, den Angaben nach typisch verlaufen war. Seit ein paar Tagen soll Lähmung des rechten Armes und Beins bestehen. Widal +, keine Typhusbazillen im Stuhl und Urin. Allgemeine Schwäche und Blässe, stark reduzierter Ernährungszustand. Innere Organe ohne Besonderheit. Es besteht eine rechtsseitige Hemiplegie mit aufgehobenen Reflexen (Patellar-, Achillessehnen-, Bauchdecken-, Periost-); linksseitig normale Reflexe. Rechts Babinski +, links —. Keine Aphasie. Fazialis beiderseits intakt, ebenso Hypoglossus und übrige Hirnnerven. Pupillen beiderseits gleich, reagieren prompt auf Licht usw. Augenmuskeln frei. Rechter Arm und rechtes Bein absolut bewegungslos, keine Muskelatrophie. Sensibilität (soweit bei dem Kinde feststellbar) intakt. Blase und Mastdarm frei; Sensorium frei. Kein Fieber. Urin frei.

Im weiteren Verlaufe auffallend rasche Besserung (Elektrisation, Massage, Bäder). Hebung des allgemeinen Zustandes. Nach 14 Tagen können die rechten Extremitäten leidlich bewegt werden, nach 3 Wochen erheblich besser. Bei der Entlassung am 4. Oktober 1913: Babinski beiderseits —, Reflexe rechts +, abgeschwächt. Gang möglich mit Nachschleppen des rechten Beines; rechter Arm in der Beweglichkeit ein wenig behindert. Widal —, erhebliche Gewichtszunahme. Im übrigen Wohlbefinden, keine sonstigen nervösen Symptome.

Ob bei der Beurteilung dieser Lähmung dem Umstande, daß es sich hier um einen jugendlichen Typhus mit dem auch sonst bekannten, vielfach abweichenden Verlauf handelt, besondere Bedeutung beizumessen ist, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Bezüglich der ätiologischen Deutung des Falles vermag er bei dem Fehlen jeglicher Prädisposition nichts Sicheres anzugeben, was, über Vermutungen hinausreichend, irgendwelche Beweiskraft besäße. Nur deutet der ganze Krankheitsverlauf — rasch verlaufende schlaffe Hemiplegie mit positivem Babinskischen Reflex und Nichtbeteiligung der Hirnnerven — darauf hin, daß wir es hier möglicherweise doch mit mehr

funktionellen Schädigungen zu tun haben, so schwer auch Einzelheiten sich dabei im klinischen Bilde unterbringen lassen. Die Möglichkeit — gerade für die Hemiplegien nach Typhus — etwa analog den urämischen Lähmungen — hat schon Griesinger angedeutet.
Grätzer.

Durlacher (Ettlingen), Zur Kasuistik der Zyklopie mit Rüsselbildung. (Ebenda. 1915 Nr. 38.)

Das Kind entstammt gesunden Eltern. Der Vater, sehr groß und stark, ist 41 Jahre, die Mutter, relativ klein, 42 Jahre alt. Die Geschwister der Mutter sowie deren Vater sind alle von kleiner Statur; ein Teil von ihnen sowie der Vater selbst haben im Verhältnis zu ihren Körperteilen einen relativ großen Kopf. Kretinismus besteht nicht. Pathologische geistige Eigenschaften sind ebenfalls nicht vorhanden. Mißbildungen sind in der ganzen Familie nicht vorgekommen, auch nicht in der Familie des Vaters.

Das Elternpaar des mißgebildeten Kindes hat drei gesunde Kinder. Fehlgeburten waren nie vorhanden. Die letzte Geburt liegt sechs Jahre zurück. Die letzte Regel war anfangs Oktober 1912. Die Geburt trat auch ein, nachdem die ganze Schwangerschaftszeit ohne Beschwerden ablief. Es war sehr viel Fruchtwasser vorhanden. Das Kind wurde in Schädellage geboren. Es lebte etwa eine halbe Stunde, die Atmung ging nur in schwacher seufzender Form vor sich.

Das Kind ist 40 cm lang, gut entwickelt, mit sehr reichlichem Fettpolster.

Die sofort in die Augen fallende Veränderung zeigt sich im Gesichte, indem zwischen den scheinbar geschlossenen Augen von der Stirne her ein rüsselförmiges Gebilde herabhängt. Außerdem zeigt sich eine starke Verdickung an der linken Wangengegend, die zirkulär um das linke Ohr bis in den Nacken reicht. Die hauptsächlichste Ursache dieser Schwellung ist auf die vergrößerte Ohrspeicheldrüse zurückzuführen.

Bei genauerer Inspektion des Körpers zeigen sich auch Veränderungen an den Genitalien. Hier erscheint die Haut leicht gefaltet, einem Skrotum entsprechend. Medial in der Längsrichtung zieht eine sehr feine, weiße, narbenähnliche Linie. An deren oberen Ende ist ein etwa 2 mm lang hervorragendes Gebilde, das Ähnlichkeit mit dem Penis hat. Auf dessen obersten Spitze hängt ein kleines Tröpfchen gelblicher, serös-schleimiger Flüssigkeit.

An der linken Hand und am linken Fuße sind ebenfalls Mißbildungen vorhanden. Es besteht Polydaktylie. Die linke Hand hat 6 Finger und der linke Fuß 6 Zehen. An der Hand ist es die ulnare Seite, die den überzähligen Finger trägt, am Fuße ist es die äußere, dem ulnaren Rande der Hand entsprechende Seite.

Ob innere Veränderungen bei dem Kinde noch vorhanden waren, konnte mangels Einwilligung der Eltern zur Untersuchung nicht festgestellt werden.

Der Rüssel selbst ist frei beweglich und läßt sich in die Höhe heben. Unter dem Rüssel zeigt sich eine rautenförmige Grube, die als ein rötliches, von Epithel entblößtes Gewebe erscheint. Nach beiden Seiten geht eine lidrandartige Falte, die bei ganz genauer Inspektion feinste Härchen zeigt. Orbitalhöhlen fehlen.

Die histologische Untersuchung des Rüssels selbst, von Prof. Dr. v. Gierke in der Prosektur des städtischen Krankenhauses in Karlsruhe ausgeführt, zeigt folgenden Befund:

Das in Müllerscher Flüssigkeit fixierte Stück besteht aus einem rüsselförmigen Gebilde von $2^1/_2$ cm Länge mit einer trichterförmigen Einstülpung an der Spitze. Der kreisrunde Querschnitt hat einen Durchmesser von 13 mm, an der Ansatzstelle von 10 mm. Er läßt eine runde zentrale Öffnung von 1 mm Durchmesser erkennen, die von einem hellen Saume begrenzt ist. Um diesen ist ein etwa 2 mm breiter, durchscheinender, weicher Ring, dann ein rotes, weiches Gewebe, das außen rings von Epidermis überzogen ist. An der Abtragungsstelle ist ein runder Knorpelquerschnitt von 5 mm Durchmesser ohne Kanal. Dieser Knorpel erstreckt sich etwa 1 cm in den Rüssel hinein und umgibt in seiner vorderen Hälfte hier den zentralen Kanal, der mit einer feinen Sonde sich ein Stück weit in den Knorpel durchgängig erweist, um dann aufzuhören. Unter

diesem Rüssel findet sich eine quere, rautenförmige Grube von 15:12 mm, deren Ränder von wimpertragenden, lidartigen Falten gebildet werden. Ein Auge ist von außen nicht erkennbar. An der Basis des abgeschnittenen Stückes sieht man einen durchschnittenen, faltigen Sack mit schwarzer Wandung.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden Zelloidinpräparate angefertigt, die an verschiedenen Stellen quer durch den Rüssel gehen, sowie ein horizontaler Schnitt durch die rautenförmige Grube bis an die Basis, an der das Stück abgeschnitten ist.

Der Rüssel zeigt überall eine Überkleidung mit Epidermis, die verhorntes Plattenepithel und ringsum Haaranlagen mit Talgdrüsen trägt. Der zentrale Kanal ist überall rund und mit mehrschichtigem Zylinderepithel bekleidet, an dem weder Flimmerhaare noch Becherzellen nachweisbar sind. Von diesem Epithel senken sich radiär verzweigte tubuläre Schleimdrüsen in eine gefäßreiche, lockere Bindegewebsschicht, die außen von einem strafferen Ring umgeben ist. Dieser ist in den vordersten Abschnitten bindegewebig, in der Mitte beginnt eine knorplige Umwandlung, dicht am Ansatz ist ein völlig entwickelter Knorpelring vorhanden. Nach außen von diesem ist lockeres Bindegewebe mit Fettzellen vorhanden, in dem reichlich große arterielle und venöse Gefäße, sowie mehrere Nervenstämme quergetroffen sind. Sie verlaufen also im Rüssel hauptsächlich in der Längsrichtung. Unter der Haarbalg- und Talgdrüsenzone sind in zirkulärem Verlaufe Muskelfasern, mit Längsstreifung und zum Teil erkennbarer Querstreifung angeordnet, die aber eine geschlossene Schicht nicht bilden, sondern durch Bindegewebe aufgespalten sind. Auf dem Horizontalschnitt durch die rautenförmige Grube sieht man an beiden Seiten einen Überzug von verhornendem Plattenepithel mit Haaren und einzelnen kleinen Talgdrüsen. An eine lidrandartige Falte senken sich nach beiden Seiten tiefe Taschen ein, die medial zu einer etwas unter dem Hautniveau liegenden Erhöhung führen. An der lidrandartigen Umstülpung sind besonders reichliche und starke Haaranlagen (Wimpern). Hier geht das Epithel allmählich über in ein mehrschichtig zylindrisches Epithel, das in der Tiefe der Taschen reichlich Becherzellen enthält. In die lidartigen Gebilde gehen von innen zahlreiche große Talgdrüsen (Meibomsche Drüsen), während in der Tiefe der Falten mehrere zum Teil ziemlich große Schleimdrüsen sich in das Bindegewebe einsenken. An der mittleren Prominenz wird das Epithel zu einem mehrschichtigen Plattenepithel ohne Verhornung. Die Bindegewebslagen darunter zeigen keine Andeutung einer hornhautartigen Lamellierung und sind auch ziemlich gefäßreich. Erst tief darunter ist der schon bei der makroskopischen Beschreibung erwähnte Sack mit allseitig eingestülpten und kollabierten Wandungen. Er besteht aus zwei nebeneinanderliegenden Hohlräumen, deren Hinterwand aber fehlt, sodaß nicht zu entscheiden ist, ob zwei getrennte oder eine einheitliche Sackanlage vorliegt. Die Wand der Säcke besteht aus einer besonders vorn sehr zellreichen Bindegewebsschicht, der innen eine sehr gefäßreiche, von einer Pigmentschicht bekleidete Lage angelagert ist. Vorn sind papilläre, mit hohem Epithel überzogene Erhebungen. Im Innern liegen Reste einer undifferenzierten retinalen Schicht. Von Linsengewebe wurde nichts gefunden. Zweifellos ist, daß eine rudimentäre Augenanlage vorliegt; da aber die Hinterwand abgeschnitten ist und offenbar dabei starke Quetschungen ausgeübt wurden, so ist nicht mehr zu entscheiden, ob eine einheitliche oder zwei getrennte Anlagen vorliegen. Ebenso ist nicht sicher, ob eine Linsenanlage völlig fehlte oder bei der Gewinnung des Präparates hinten herausgefallen ist. Aus dem Fehlen einer Cornea ist es aber sehr wahrscheinlich, daß die Augenanlage in der Tiefe geblieben ist und eine Linse gar nicht angelegt wurde.

Aus dem histologischen Befunde des Rüssels erkennen wir, daß dieser als Rudiment einer Nasenanlage aufzufassen ist. Durch die mediane Augenanlage ist die Nase in ihrer Entwickelung gehemmt, wodurch die Rüsselbildung gefördert wird.

In unserem Falle sind von v. Gierke in dem Rüssel Nervenstämme in der Längsrichtung verlaufend nachgewiesen. Dieser Nachweis ist bis jetzt selten. Josephi fand in einem Falle die nervöse Versorgung des Rüssels von dem Aste des N. frontalis des Trigeminus.

Eine rudimentäre Augenanlage, als welche v. Gierke das in dem rautenförmigen Gebilde sich befindliche Gewebe auffaßt, scheint bei allen Zyklopien gefunden zu werden.

Die übrigen Mißbildungen bei dem Kinde bestehen, wie oben schon erwähnt, an den Genitalien und in Polydaktylie. Ob noch innere Mißbildungen vorlagen, konnte nicht festgestellt werden. Daß solche bei Zyklopie vorkommen, erwähnt Ahlfeld. Häufig sind nach Schwalbe Mißbildungen des Herzens, Zwerchfelldefekte usw. vorhanden.

Am häufigsten jedoch wird bei Zyklopie gleichzeitig Polydaktylie beobachtet. Ob hier ein kausaler Zusammenhang mit der Zyklopie besteht, ist schwer zu sagen.

Sieht man völlig davon ab, daß die Polydaktylie als solche als atavistische Erscheinung aufzufassen ist, so wird man unwillkürlich zunächst auf eine amniogene Mißbildung hingewiesen. Hauptsächlich aus dem Grunde wird man zu dieser Annahme gedrängt, weil das Amnion der ulnaren Seite des Vorderarmes nur der äußeren Seite des Fußes anliegt.

Auffallend ist in obigem Falle das Vorhandensein von einer großen Menge Fruchtwasser. Diese Tatsache läßt die Schlußfolgerung zu, daß eine nicht normale Beschaffenheit des Amnions vorliegt. Es ist ferner auffallend, daß bei vielen anderen Mißbildungen ständig enorm viel Fruchtwasser vorhanden ist, worauf Verf. an anderer Stelle schon einmal hingewiesen hat.

Ahlfeld besonders hat diese mechanische Theorie beim Zustandekommen dieser Mißbildungen verfochten. Dareste hat durch seine Untersuchungen auch der amniogenen Entstehungsweise das Wort geredet, indem er eine abnorme Lage der Kopffalte des Amnion annimmt. Wenn dies auch bei der Polydaktylie zutreffend sein könnte, so ist es gerade bei der Zyklopie kaum anzunehmen. Nach Schwalbe ist diese eben eine typische, ausgesprochen bilateral symmetrsche Mißbildung. Es ist daher eher anzunehmen, daß sämtliche in obigem Falle vorliegenden Mißbildungen in der veränderten Keimanlage zu suchen sind.

Es ist doch naheliegend, daß bei Auftreten eines überaus starken Transsudates der Eihäute auch eine Erkrankung der Frucht vorliegt. Diese Erkrankung der Frucht ist sicherlich in den meisten Fällen schon in der Beschaffenheit der Keimanlage bedingt. Bei dieser Erklärung ist leicht zu verstehen, daß oft amniotische Mißbildungen, oft auch solche auftreten, bei denen der genetische Zusammenhang nicht in Erscheinung tritt.

Nicht ohne Absicht wurde die Genealogie der Mutter besonders betont. Die Mutter des mißbildeten Kindes entstammt einer eigentümlichen Menschenrasse. Es könnte leicht der Einwand erhoben werden, daß die Frau drei gesunde Kinder geboren hat. Es ist jedoch sehr naheliegend, daß relativ geringfügige Momente bei der Zeugung (akute Alkoholvergiftung!) das Keimplasma leichter pathologisch zu verändern imstande sein werden. Jedoch können derartige Behauptungen nur hypothetischen Wert besitzen. Grätzer.

H. Scheible, Wesen und Behandlung der Skrofulose. (Ebenda. 1915 Nr. 39.) Nach Loslösung der tuberkulösen Erkrankungen der Haut, Weichteile, Knochen und Lymphknoten bleibt von der sogenannten Skrofulose nur noch der Symptomenkomplex übrig, der die Facies scrophulosa ausmacht. Die Entstehung derselben steht auf dem Boden der exsudativen Diathese. Obligate Mitwirkung der Tuberkulose ist bis jetzt nur hypothetisch. Klinische Erfahrungen sprechen dagegen. Nur bei der überwiegenden Mehrzahl der Phlyktänen scheint die Tuberkulose mit im Spiel zu sein. Wieweit dies der Fall ist, läßt sich nicht näher präzisieren. Möglich ist, daß beim Zustandekommen der Phlyktänen tuberkulöse Infektion zu den Faktoren gehört, die ähnlich wie katarrhalische Infektionen, Masern, Vakzination, Serumkrankheit und Schädlichkeiten der Verwahrlosung die Symptome der exsudativen Diathese provozieren. Es empfiehlt sich daher, den Namen Skrofulose, der die hypothetische Mitwirkung der Tuberkulose einseitig betont, fallen zu lassen und jeden einzelnen Fall zu analysieren als exsudative Diathese in Verbindung mit katarrhalischer Infektion, mit Masern, mit Vakzination, mit Verwahrlosung usw. Dieser Weg führt zur Verständigung über den einzelnen Fall und ermöglicht kausale Therapie. Die schönen Erfolge der gegen die exsudative Diathese und die aufgezählten provozierenden Faktoren gerichteten Therapie mit Ignorierung der hypothetischen tuberkulösen Komponente sprechen für die Berechtigung der dargelegten Auffassung. Grätzer.

E. Müller, Zur Therapie der angeborenen Syphilis. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhause der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (B. kl. W. 1915 Nr. 40.) Verf. behandelt jetzt folgendermaßen: Die einzelne Kur besteht entweder aus 12 Kalomel- und 8 Neosalvarsaninjektionen oder aus einer 6wöchentlichen Schmierkur und gleichfalls 8 Neosalvarsanspritzen. Beide Kuren dauern etwa je 3 Monate. Die kombinierte Kalomel-Neosalvarsankur erfolgt nach folgendem Schema:

Woche	Behandlung	Woche	Behandlung
1.	1. u. 2. Kalomelinjektion	8.	5. } Neosalvarsaninjektion
2.	1. } Neosalvarsaninjektion	9.	6. }
3.	2. }	10.	7. u. 8. Kalomelinjektion
4.	3. u. 4. Kalomelinjektion	11.	7. } Neosalvarsaninjektion
5.	3. } Neosalvarsaninjektion	12.	8. }
6.	4. }	13.	9. u. 10. Kalomelinjektion
7.	5. u. 6. Kalomelinjektion	14.	11. u. 12. „

Nach dieser ersten Kur tritt eine Pause von einem Vierteljahre ein, hierauf beginnt die zweite Kur in gleicher Weise, und nach einer zweiten Ruhepause von einem Vierteljahr folgt die dritte Kur in derselben Ausdehnung. Die kombinierte Schmier- und Neosalvarsankur wird folgendermaßen ausgeführt:

Woche	Behandlung	Woche	Behandlung
1.	Schmierkur (1. Woche)	8.	5. } Neosalvarsaninjektion
2.	1. } Neosalvarsaninjektion	9.	6. }
3.	2. }	10.	Schmierkur (4. Woche)
4.	Schmierkur (2. Woche)	11.	7. } Neosalvarsaninjektion
5.	3. } Neosalvarsaninjektion	12.	8. }
6.	4. }	13.	} Schmierkur (5. u. 6. Woche)
7.	Schmierkur (3. Woche)	14.	}

Vom 2. Lebensjahre an wechseln Kalomel- und Schmierkuren einander ab. Im Säuglingsalter sind Schmierkuren wegen der geringen Körperoberfläche und der Empfindlichkeit der Haut besser zu vermeiden. Die vom Verf. angewandten Dosen sind die folgenden: 0,001 g Kalomel und 0,015 g Neosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht, und zwar wird beim Kalomel das Gewicht nach unten abgerundet, weil 1 mg pro 1 kg, gemessen an der Dosis für Erwachsene, etwas reichlich ist, beim Neosalvarsan wird dagegen das Gewicht nach oben abgerundet, da es erfahrungsgemäß von Säuglingen ausgezeichnet vertragen wird. So erhält z. B. ein Kind von 4,3 kg 0,004 g Kalomel und 0,07 g Neosalvarsan. Die überhaupt erste Neosalvarsaninjektion beträgt zweckgemäß nur die Hälfte des dem Gewicht entsprechenden, um Idiosynkrasien kennen zu lernen. Verf. hat allerdings eine solche noch nicht beobachtet. Als Applikationsstelle dient für Kalomel und auch die epifasziale Neosalvarsaninjektion die dicke Muskulatur der Nates in den oberen äußeren Quadranten. Die Kalomelinjektionen können übrigens auch unbedenklich in die dicke Oberschenkelmuskulatur appliziert werden. Es ist das manchmal beim Auftreten von Infiltrationen ein bequemer Ausweg. Das Neosalvarsan wird im allgemeinen bei Säuglingen intravenös gegeben, und zwar entweder in die Venen des Schädels, des Fußgelenkes, die Vena jugularis oder neuerdings, nach dem Vorschlage von L. Tobler, in den Sinus longitudinalis. Diese letztere Methode hat sich gut bewährt, allerdings ist sie wohl hauptsächlich für die Anstalten zu empfehlen. Sie kann bei einer Reihe von Kindern längere Zeit benutzt werden, wenn die Fontanella noch offen ist, aber die Schädelvenen schon von der Oberfläche verschwunden sind. Auch für die Blutentnahme für die Wa.-R. ist die Methode wegen ihrer schnellen und bequemen Ausführbarkeit empfehlenswert. Nur in Ausnahmefällen erhalten Säuglinge das Neosalvarsan intramuskulär, dagegen häufig die älteren Kinder mit ihren schwierig zu erreichenden Armvenen. Verf. ist auch weiterhin mit dieser Anwendungsweise zufrieden. Ferner legt er auf die starke Einengung der Kalomel- wie der Neosalvarsanlösung immer größeren Wert. Er verwendet dazu meist die mit 10 größeren Teilstrichen versehene Rekordspritze mit einem Inhalt von 0,5 ccm. Es ist sehr leicht und bequem, in dieser Spritze zwei Teilstriche, entsprechend 0,01 ccm, abzumessen und zu injizieren. Bei elenden, mageren Säuglingen verwendet Verf. nur einen Teilstrich, entsprechend 0,05 ccm. Er hält sich 3, 4, 5 usw. $^0/_0$ige Aufschwemmungen von Kalomel in Olivenöl vorrätig, von denen dann je 0,1 ccm bzw. zwei Teilstriche, 3, 4, 5 usw. mg Kalomel enthalten.

Bei großen Kindern benutzt er gern die nach einem besonderen Verfahren hergestellte, stark konzentrierte (40%) Kalomellösung von Ziehler mit der dazugehörigen Spritze. Er operiert also nur mit einer Flüssigkeitsmenge von 0,05—0,1 ccm bei kleinen und 0,2—0,3 ccm bei großen Kindern und ist der Meinung, die geringe Neigung zu Infiltrationen zum Teil auf diese starke Einengung zurückführen zu können. Die Dosierung der grauen Salbe für die Schmierkuren geschieht in der Weise, daß Verf. etwa pro 10 kg Körpergewicht 1,0 g Salbe verwendet und nicht über 4,0 g hinausgeht. Ein Kind von 20 kg Gewicht erhält also pro Woche 6 Einreibungen zu 2 g, am 7. Tage wird es gebadet. Während der ganzen Kur werden $2 \times 6 \times 6 = 72$ g Ung. cin. verbraucht. Die einzelne Einreibung dauert 20 Minuten, nachher bleibt das Kind noch 3 Stunden in demselben Raum bei verschlossenen Türen und Fenstern. Grätzer.

Edmund Nobel, Untersuchung tuberkulös meningitischer Punktionsflüssigkeiten mit Hilfe der Ninhydrinreaktion. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Wien.) (M. m. W. 1915 Nr. 29.) Bei der Differentialdiagnose der Meningitis tuberculosa hat sich die Probe mit Ninhydrin wertvoll erwiesen. Sie ist außerordentlich empfindlich und beruht auf einer leicht nachweisbaren Farbenreaktion. Die Probe wird derart angestellt, daß zu 1/2—1 ccm Liquor cerebrospinalis 0,1 ccm Ninhydrin in 1%iger Lösung gegeben und etwa 1/2 Minute gekocht wird. Bei positivem Ausfall entsteht eine schöne blaue bis blauviolette Färbung. Der positive Ausfall der Reaktion hängt nur zum Teile mit dem Eiweißgehalte der Flüssigkeit zusammen. Grätzer.

D. Kokoris, Über die Splenektomie bei Kala-azar. (Aus dem St. Sophien-Kinderspitale in Athen.) (Ebenda. 1915 Nr. 30.) Bei 3 Kindern führte Verf. die Operation aus; das eine genas, bei den anderen trat zwar Besserung ein, aber der Exitus war nicht zu verhüten. Grätzer.

Koenig, Heilung von 3 Fällen von Keratitis parenchymatosa durch Salvarsan bzw. Neosalvarsan. (Aus dem Deutschen Krankenhause St. Carl Borromäus in Beirut.) (Ebenda. 1915 Nr. 32.) Es handelte sich um 3 Kinder mit Syphilis hereditaria. Außer den Injektionen von Salvarsan wurden subkonjunktivale Einspritzungen von Dionin (3%) gemacht. Die Behandlung wirkte nicht nur sehr gut auf die Augenaffektion, sondern auch auf das Allgemeinbefinden. Grätzer.

O. Seidel, Zur Behandlung der Diphtherie. (Aus der Mediz. Universitätsklinik zu Jena.) (Ebenda. 1915 Nr. 36.) Möglichst frühzeitig große Dosen Serum injizieren, und zwar kombiniert: intravenös und intramuskulär gleichzeitig! Zunächst mache man die intravenöse Injektion, um hierdurch in kurzer Zeit eine möglichst hochgradige Konzentration von Antitoxin im Blute zu erzielen. Legt man dann sofort noch ein intramuskuläres Serumdepot an, so wird gerade zu der Zeit, wo das intravenös eingeführte Serum die Blutbahn zu verlassen beginnt, immer wieder aus dem Depot eine neue Antitoxin-

menge ins Blut aufgenommen, so daß lange Zeit eine hohe Konzentration von Antitoxin zur Unschädlichmachung des Toxins im Blute vorhanden ist. Alle so behandelten Patienten blieben auch von nennenswerten Komplikationen frei, keiner kam zur Tracheotomie.

Grätzer.

K. Böttger (Kiel), Zur Technik des Politzerverfahrens. (Ebenda.) Statt des Schlucken- und Kuckucksagenlassens läßt Verf. die Kranken bei der Lufteinblasung die Backen aufblasen und hat so auch einen Gradmesser für den Abschluß des Nasenrachenraums. Auf diese Weise gelang das Politzern ebenso vollkommen, selbst bei Kindern bis zu 3 Jahren (denen man ja auch ein Blasinstrument dabei geben könnte) ohne unangenehme Nebenwirkungen.

Grätzer.

R. Hornung (Rendsburg), Ein Fall von angeborenem beiderseitigen Fehlen des Radiusköpfchens mit knöcherner Vereinigung des proximalen Endes des Radius mit der Ulna. (Ebenda.) Eine 16 jährige Patientin kam wegen einer Verletzung des rechten Unterarmes (Stoß durch eine Kuh) in Krankenhausbehandlung. Verf. stellte zunächst folgenden Befund fest: Leichte Weichteilschwellung des ganzen rechten Unterarmes; Pronationsstellung; Supination kaum andeutungsweise vorhanden. Keine abnorme Beweglichkeit. Das Radiusköpfchen ist unter dem Epicondylus lateralis nicht fühlbar; Beugebewegung im Ellenbogengelenk frei; Hand und Finger normal beweglich.

Auf Befragen gibt die Patientin nunmehr an, sie habe schon von Kindheit auf die Hand nicht „nach oben drehen" können; auf der linken Seite sei übrigens dasselbe der Fall.

Die Untersuchung des linken Armes zeigt in der Tat, abgesehen von der rechts durch die Kontusion gesetzten Weichteilschwellung, genau denselben Befund: Auch links ist das Radiusköpfchen nicht zu palpieren und fehlt funktionell die Supinationsmöglichkeit.

Es mußte sich hier also um eine angeborene beiderseitige Anomalie handeln.

Das Röntgenbild klärt dieselbe als Fehlen des Radiusköpfchens nebst knöcherner Vereinigung des proximalen Radiusendes mit der Ulna auf. Grätzer.

A. Mayer, Über Entstehung und Bedeutung des sogenannten Hungerfiebers beim Neugeborenen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen.) ((M. Kl. 1915 Nr. 34.) Unter dem sogenannten Hungerfieber des Neugeborenen versteht man rasch vorübergehende Temperatursteigerungen, die unter Gewichtsabnahme einhergehen.

Wichtiger und mehr in die Augen springend als die mehr nebensächlichen Erscheinungen ist das Charakteristikum: Jäher Absturz der Gewichtskurve und jäher Anstieg der Temperaturkurve. Mit dem Abstieg der Temperaturkurve beginnt gewöhnlich der Anstieg der Gewichtskurve. Temperaturmaximum und Gewichtsminimum fallen daher in der Regel auf ein und denselben Tag zusammen oder liegen nur um einen Tag auseinander. Temperaturmaximum und

Gewichtsminimum stellen sich gewöhnlich am 3. bis 4. Tage, spätestens am 6. Tag ein. Die Dauer des Fiebers ist auffallend kurz. Die befallenen Kinder gehören keineswegs in der Hauptsache zu den geborenen Schwächlingen, vielmehr fanden sich unter ihnen auffallend oft Sieben- bis Achtpfünder. Sie bieten meistens sonst keine nachweisbaren Krankheitserscheinungen und gedeihen nach der Fieberattacke ganz gut.

Natürlich gibt es auch Ausnahmen. Verf. hat große Gewichtsverluste ohne Temperatursteigerung oder ein gleichmäßiges Ansteigen bzw. Sinken beider Kurven gesehen.

Die Ursachen dieser merkwürdigen Temperatursteigerungen sind nicht leicht aufzudecken. Vielleicht spielen von Anfang an der Nahrung beigemengte Bestandteile eine Rolle, um so mehr, als Verf. mehrmals bei Nahrungswechsel das Fieber sinken sah. Bei künstlicher Nahrung kann man sich abnorme Nahrungsbestandteile als Verunreinigung leicht vorstellen. Bei Brustnahrung fällt das aber schwer. Sie stellt bekanntlich die adäquateste Nahrungsform dar und enthält in der Regel die zum Aufbau des Neugeborenen nötigen Substanzen in bester Form. Damit ist aber nicht gesagt, daß dies für jede beliebige Frauenmilch und jedes Kind in jedem Falle gelten muß.

Vielleicht gibt es doch bestimmte Frauenmilchen, deren Genuß schwere Störungen hervorruft.

Ein Wertunterschied zwischen der Milch verschiedener Frauen ist möglicherweise darin begründet, daß Colostrum und fertige Milch chemisch und biologisch sich sehr verschieden verhalten. Die Colostrummilch steht in ihren Bestandteilen den Körpersubstanzen viel näher. Ihre Proteine sind dem Blutserumeiweiß so verwandt, daß sie unabgebaut direkt ins Blut übertreten können. Das gilt von der fertigen Milch nicht. Es ist darum wohl nicht ganz gleichgültig, wenn ein auf Colostrummilch eingestellter Säugling in den ersten 4—5 Lebenstagen, wo seine Darmschutzwehr noch nicht funktioniert, anstatt der adäquaten Colostrummilch die Milch einer Amme aus späterer Zeit bekommt und damit Substanzen, die eigentlich im Darme vor dem Übertritt in die Körpersäfte abgebaut werden müßten.

Wie man sich die etwaige Wirkung der von Anfang an der Nahrung beigemengten abnormen Bestandteile vorzustellen hat, läßt Verf. dahingestellt. Vielleicht führen sie, ähnlich wie die Salzlösungen (Finkelstein) auf physikalischem Wege zu einer funktionellen Schädigung der Darmzellen jedes Säuglings und damit zur Möglichkeit abnormer Zersetzungen im Organismus mit einer konsekutiven Störung der Wärmeregulierung. Vielleicht aber entfalten sie eine fiebererregende Wirkung auch nur an bestimmten Kindern, nämlich da, wo ihnen die an sich schon offenen Darmpforten den direkten Durchtritt ins Blut gestatten.

Allem Anscheine nach kann aber auch die primäre abnorme Nahrungsbeschaffenheit allein nicht die Fieberursache darstellen, da die mit derselben Milch gespritzten Kinder nur zum Teil Temperatursteigerungen bekamen. Vielleicht muß man der ganzen Sachlage nach annehmen, daß zu der besonderen Beschaffenheit der Milch noch eine besondere Beschaffenheit des Säuglingsdarmes hinzukommt.

Die Prognose des Hungerfiebers ist also günstig, und seine praktische Bedeutung ist nicht groß. Man muß es aber kennen, um sich nicht unnötig aufzuregen.

Die Therapie hat meistens kein großes Feld. Außer sorgfältiger Ernährung und kühlen Einpackungen zum Zwecke der Temperaturerniedrigung bleibt gewöhnlich nicht viel zu tun. Da Verf. zweimal bei Nahrungswechsel die Erscheinungen ganz rasch schwinden sah, kann dieser vielleicht auch einmal therapeutisch in Betracht kommen.

Grätzer.

Kurt Halbey, Zur Frage der Bauchmuskellähmungen bei Heine-Medinscher Krankheit (Poliomyelitis anterior acuta) (Ebenda. 1915 Nr. 38.) Wenn man die Beobachtungen der Autoren überschaut, so kann man, wenn auch die Zahl der veröffentlichten Fälle nicht so außerordentlich groß ist, doch Oppenheim und Wickmann in der Auffassung recht geben, daß das Phänomen der Bauchmuskellähmung bei Heine-Medinscher Krankheit nicht so außerordentlich selten ist. Es scheint richtig zu sein, daß es häufig übersehen wird; ob aber Wickmann recht hat, wenn er sagt, daß in fast allen Fällen, wo die Lähmungen eine große Ausdehnung erreicht und die oberen und die unteren Extremitäten ergriffen haben, auch eine Lähmung der Bauchmuskulatur konstatiert werden kann, vermag Verf. nach Kenntnis der in der Literatur niedergelegten Fälle und unter Berücksichtigung seiner eigenen Beobachtungen nicht zu bestätigen. Verf. hat auch nicht den Eindruck gewinnen können, daß die Bauchdeckenlähmung im Bilde der Poliomyelitis anterior acuta als ein Frühsymptom zu bewerten ist, wie Finkelnburg und Müller behaupten. Sehr wichtig ist indessen vor allen Dingen die Kenntnis der Tatsache, daß im Bilde der Heine-Medinschen Krankheit Bauchmuskellähmungen mit ballonartiger Vorwölbung der atrophisch gelähmten Muskulatur und der Bauchdecke vorkommen, die allzu leicht mit Hernien oder Pseudohernien des Bauches verwechselt werden können. Besonders gilt das von den isolierten Bauchmuskellähmungen, bei denen alle anderen Symptome fehlen, die sonst den auch nicht neurologisch-intern versierten Arzt auf die richtige Diagnose hinlenken können. Bemerkenswert ist weiter die Tatsache, daß im Bilde der Heine-Medinschen Krankheit einerseits isolierte Bauchmuskellähmungen vorkommen können und andererseits solche beobachtet werden, bei denen neben Lähmungen der Extremitäten Bauchmuskellähmungen (auch Rückenmuskellähmungen) beobachtet werden.

Endlich haben die Beobachtungen der Autoren den Beweis erbracht, daß die Lähmung sowohl in den senkrechten als in den transversalen Bauchmuskeln etabliert sein kann, und daß wir infolgedessen zwei völlig voneinander getrennte klinische Bilder erhalten, bei denen im ersten Falle die Behinderung der Funktion des Aufrichtens und der Beckenstatik, im zweiten Falle die Schädigung der Bauchpresse im Vordergrunde der Lähmungserscheinungen stehen. Auch können bei ein und demselben Falle beide Arten von Muskelgruppen von der Lähmung befallen werden. Diese Tatsache ist an sich merkwürdig, weil sie bei ein und derselben Krankheit beobachtet wird,

es ist aber bekannt, daß gerade bei der spinalen Kinderlähmung gewisse funktionell zusammengehörige Muskelgruppen ergriffen werden, was darin seinen Grund hat, daß die Ganglienzellen für zusammengehörige Muskelgruppen, auch wenn sie räumlich voneinander getrennt sind, im Rückenmarke gruppenweise beieinander zu liegen scheinen, so daß Straßburger wohl mit Recht die Vermutung ausspricht, daß die senkrechten und transversalen Bauchmuskeln entsprechend ihrer funktionellen Zusammengehörigkeit besondere Kerne im Rückenmarke besitzen. Grätzer.

Marie Kurák, Die Behandlung der Meningitis cerebrospinalis epidemica mit großen Serumdosen. (Aus der internen Kinderabteilung des k. k. Wilhelminenspitals in Wien.) (Ebenda.) Die Erfahrungen in der Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica während der heurigen Epidemie führten zu dem Ergebnisse, daß die Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis unter zwei Bedingungen besonders aussichtsreich erscheint: Bei frühzeitiger Einleitung der Therapie und vor allem bei großen Serummengen [drei- bis viermal hintereinander je 80 ccm (40 ccm intralumbal, 40 ccm intramuskulär]). Grätzer.

Göppert, Therapeutische Vorschläge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. (Ther. Mhf. Sept. 1915.) Therapie der Stomatitis aphthosa. Solange diese sich im Blütestadium befindet, wirken Adstringentien sehr wenig, als Mundspülmittel angewandt; und beim Tupfen und Pinseln werden Läsionen bewirkt. Erst beim Nachlassen der Krankheit sieht man wohl eine Beschleunigung der Abheilung durch Mundspülen mit Wasserstoffsuperoxyd (ein Eßlöffel auf ein Glas Wasser) oder Myrrhentinktur. Hauptsache bleibt: Linderung der Schmerzen, wie sie durch Aneson, Orthoform, Anästhesin und Propesin bewirkt wird. Aneson wird aufgetupft, die anderen Mittel, zu 2 Teilen mit Milchzucker verdünnt, ohne Berührung des Zahnfleisches aus einem Pinsel ausgeklopft, und zwar 5—10 Minuten vor jeder Mahlzeit. Bleibt das Resultat aus, hungert das Kind weiter, so spielt die Psyche, die Furcht vor Schmerz eine große Rolle. Hier muß der psychische Zwang, die Suggestion durch den Arzt eingreifen, der dem Kinde selbst nachweisen muß, daß das Kauen ohne Schmerzen möglich ist.

Behandlung des Defäkationsschmerzes kleiner Kinder. Schmerzen, nach einer Fissur zurückgeblieben, oder psychogene Fortsetzung eines früher körperlich bedingten Leidens sind ätiologisch maßgebend. Man verordnet:

Rp.: Anästhesin 0,2
Butyr. Cac. 1,5 (2,0)
D. t. suppos. Nr. 10.

10 Minuten nach Einführung wird das Kind zum Stuhlgang aufgefordert. Erfolgt keiner, so wird die Prozedur später wiederholt. Nach 5—7 Tagen führt man reine Kakaobutter ein.

Zur konservativen Behandlung großer Leistenbrüche des Säuglingsalters. Operation käme in zwei Fällen in Frage: bei Einklemmung und bei solcher Erweiterung der Bruchpforte, daß

Bruchbänder nicht mehr halten. Die Fälle mit Einklemmung bieten nach Reposition die besten Aussichten für spontane Dauerheilung, und ist die Reposition möglich, so wird die Operation überflüssig. Im zweiten Falle aber gelingt es leicht, durch 2mal tägliche Anlegung eines Verbandes Hilfe zu bringen. Es ist der gewöhnliche Dammverband mit auf dem Perineum sich kreuzenden Touren. Es empfiehlt sich hier, einigemal statt der regelmäßigen Tour, d. h. zum Beispiel von der rechten Beckenseite, zwischen Scrotum und rechtem Schenkel zum Damm, die Binde von der rechten Beckenhälfte oberhalb des Penis zwischen linkem Schenkel und Scrotum um den linken Schenkel herum zur linken vorderen Beckenseite zu führen. Nach wenigen Tagen ist oft die Bruchpforte schon so verkleinert, daß gewöhnliche Bruchbandbehandlung genügt.

Behandlung der Bronchorrhoe und Bronchoblennorrhoe im Kindesalter. Zu empfehlen ist Inhalation von Eukalyptusöl durch eine Maske (aus einer Düte) 3—4mal täglich 10 Minuten lang mit Unterbrechungen. Außerdem läßt man nachts aufs Kopfkissen und tags aufs Taschentuch etwas von dem Öl auftropfen. Grätzer.

Dössekker, Die Röntgenstrahlenbehandlung der Acne vulgaris. (Aus der Dermatol. Universitätsklinik Bern.) (Ebenda.) Verwendet wurde schwache, durch 0,3—0,5 mm Aluminiumblech filtrierte Strahlung. Die Fußpunkte der Röhrenstellungen wurden in der Mittellinie der Stirn, nahe der Haargrenze, je seitlich über der hinteren Partie der Jochbogen und über dem Kinn gewählt. Auf diese Punkte wurde die Röhre mit dem Richtungsstrahl senkrecht auf die zu bestrahlende Hautfläche eingestellt. Die Einzeldose wurde zu 3—$3^1/_4$—4 X gewählt, so daß eine Totaldosis der Gesamtgesichtsfläche von 4—5 X resultierte. Röhrenhärte 9—10 Wehnelt. Die einzelne Bestrahlungsserie wurde so gestaltet, daß die zweite Bestrahlung 8—10 Tage nach der ersten und die dritte 10—14 Tage nach der zweiten erfolgte. Nach 3 Bestrahlungen Pause von 1 Monat, dann evtl. Wiederholung. Die empfindliche Brusthaut junger Mädchen verbietet das Übersteigen einer Einzeldosis von 3 X pro Stelle, die Rückenhaut gestattet etwas höhere Dosen. Über 4 X pro Stelle bei Totalbestrahlung mit 0,3 mm Aluminiumfilter wurde nie gegangen. Auch in schweren Fällen gute Erfolge. Grätzer.

K. Isager, v. Pirquets Probe in der praktischen Vorbeugung der Tuberkulose. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 31. 1914 H. 1.) Von 11 Knaben, die bei der Aufnahme in eine norwegische Landeserziehungsanstalt auf v. Pirquet negativ reagiert hatten, reagierten 2—6 Jahre später 5 positiv, ohne daß sich für sie eine Infektionsquelle ermitteln ließ. Eine Erkrankung fand nicht statt.

Verf. gelangt auf Grund seiner Befunde zu dem Ergebnis, daß die v. Pirquetsche Probe für die Verhütung der Tuberkulose in den Erziehungsanstalten von großer Bedeutung sei. Kurt Boas.

E. Meyer, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter. (Aus der Frauenklinik in Frankfurt a. M.) (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 77. 1915

H. 1.) Der Arsengehalt der Plazenta entspricht dem Arsengehalt des in der Plazenta kreisenden mütterlichen Blutes. Eine nicht erkrankte Plazenta ist für Arsen nicht durchgängig. Bei syphilitischer Erkrankung der Plazenta kann Arsen durch die Plazenta hindurchgehen. Die Erfolge bei der Behandlung der kongenitalen Lues der Kinder durch Salvarsan müssen in der Hauptsache wohl der primären Beeinflussung der mütterlichen Syphilis zugeschrieben werden. Die Wirkung ist wahrscheinlich eine prophylaktische bzw. hemmende in bezug auf die Erkrankung der Plazenta. Salvarsan wird gut vertragen; Abort, Blutungen, Absterben des Fötus wurden nicht beobachtet. Von 37 in der Schwangerschaft kombiniert mit Salvarsan und Quecksilber genügend behandelten Müttern wurden in 97,4% lebende Kinder zur Welt gebracht. Von den Kindern sämtlicher 43 mit Salvarsan und Quecksilber genügend behandelten Mütter sind nach den ersten Lebenstagen noch 86% am Leben; 15,8% der Kinder zeigten bei der Geburt eine positive Wa.-R. Die Aussicht, in jedem Stadium der mütterlichen Syphilis ein lebensfähiges, gesundes Kind zu erzielen, erhöht sich mit der injizierten Dosis. Die untere Grenze der therapeutischen Dosis liegt bei 1,5 g Salvarsan + 0,5 g Hg salicyl. In einem geringen Prozentsatz kann auch unterhalb dieser Dosis ein gesundes Kind geboren werden. Kinder syphilitischer Mütter müssen auch ohne klinische oder serologische Anzeichen der Syphilis nach der Geburt einer antisyphilitischen Behandlung unterzogen werden. Kurt Boas.

R. Klinger und **E. Schoch,** Weitere epidemiologische Untersuchungen über Diphtherie. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Zürich.) ((Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 80. 1915 H. 1.) Die Verff. stellten Untersuchungen an über das Vorkommen und die Häufigkeit avirulenter, im übrigen aber typischer Diphtheriebazillen. Im allgemeinen wurden bei typischen Diphtherieerkrankungen auch stets virulente Stämme gefunden. In geschlossenen Anstalten fanden sich aber auch zum großen Teile avirulente Bazillen. Die Virulenz scheint sich konstant zu erhalten. Beobachtungen, die im Sinne einer Virulenzverminderung zu deuten sind, wurden jedoch auch gemacht. Die im Tierversuch als avirulent erkannten Bazillen hatten auch für den Menschen keine ausgesprochene Virulenz. Die im Menschen lange Zeit lebenden virulenten Bazillen scheinen ihre Virulenz für den Menschen verlieren zu können, auch wenn sie tierpathogen sind. Bei der Bekämpfung der Diphtherie ist die Virulenz der gefundenen Stämme zu berücksichtigen. Handelt es sich um den Nachweis von Bazillenträgern in den Schulen, so glauben die Verff. dafür eintreten zu müssen, daß man nur Träger virulenter Diphtheriebazillen absondern solle. Kurt Boas.

Fischer, Zur Kenntnis des Blutbildes bei Pocken. (Aus der Mediz. Hochschule für Chinesen in Shanghai.) (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 19. 1915. H. 11. S. 297.) Verf. fand im Beginn und während des Höhenstadiums der Eruption mäßige oder stärkere Leukozytose, ferner Myklozyten und Normoblasten als Ausdruck einer Reizwirkung auf das Knochenmark, endlich auch lymphozytäre Reizformen, zum Teil in sehr großer Menge.

Im Eintrocknungsstadium war die Hyperleukozytose geschwunden, während die Reizformen oft noch in erheblicher Menge vorhanden waren. Eosinophile Zellen waren während der Krankheitshöhe und darüber hinaus vermindert. Die großen Mononukleären und Übergangsformen waren im frühen Eruptionsstadium bisweilen etwas vermehrt. Kurt Boas.

C. A. Kling, Das Auftreten der Kinderlähmung unter der erwachsenen Bevölkerung in Stockholm und Göteborg in den Jahren 1911 und 1912. (Ztschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Ther. 24. 1915 H. 2.) Anläßlich der damals auftretenden Erkrankungen an Kinderlähmung konnte Verf. beobachten, daß die Erkrankung bei der Landbevölkerung ungleich bösartiger verlief und nur ausnahmsweise mit vollständiger Heilung endete, während die Stadtbevölkerung viel weniger schwer erkrankte. Den refraktären Zustand der Bevölkerung sieht Verf. als Immunität an, die durch eine in der Kindheit durchgemachte, nicht diagnostizierte Infektion erworben wurde. Kurt Boas.

R. Hofstätter, Hypophysenmedikation bei Pubertätsblutungen. (Aus der gynäkologischen Abteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien.) (Gyn. Rundsch. 8. H. 15.) Verf. wandte in seinen Fällen, betreffend Patientinnen im Alter von 13—23 Jahren, fast sämtliche in den Handel gebrachten Hypophysenpräparate an. Am besten bewährte sich das Pituitrin (Parke, Davis & Co.) und das Pituglandol (Hoffmann-La Roche), zum Teil in subkutaner oder intramuskulärer Injektion, zum Teil in Tablettenform. 9 Fälle wurden in verhältnismäßig kurzer Zeit und meist dauernd von ihren Beschwerden befreit, in 1 Fall war die Hypophysenmedikation nur von vorübergehender Wirkung, 2 Fälle entziehen sich wegen zu kurzer Behandlungsdauer der Beurteilung. Kurt Boas.

Stein und **Pollack,** Über den Einfluß vasomotorischer Störungen im Kindesalter auf das Gehörorgan. (Arch. f. Ohrenheilk. 96. 1915 H. 3 u. 4.) Die vasomotorische Übererregbarkeit im Kindesalter ruft neben Störungen in verschiedenen Organen oft auch solche des Ohres hervor, die als subjektive Beschwerden — Ohrgeräusche und schmerzhafte Sensationen — sowie als objektive Symptome — Ermüdungserscheinungen und Funktionsstörungen am Akustikus, vereinzelt auch am Vestibularapparat — zu beobachten sind. Der Beweis für den Zusammenhang der vasomotorischen Störungen mit denen des Gehörganges ist darin zu erblicken, daß diese fast immer mit zerebralen vasomotorischen Störungen auftreten und daß die Funktionsstörungen des inneren Ohres mit der Intensität der vasomotorischen Störungen parallel verlaufen.

Auch organische Veränderungen im Hörnervengebiet können durch vasomotorische Störungen sich ausbilden, besonders bei degenerativer Veranlagung. Die frühzeitige Erkennung solcher Zustände am Ohr wird einer Verschlimmerung vorbeugen können durch alle die Maßnahmen, die das Nervensystem zu kräftigen geeignet sind und es vor Schädigungen schützen. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

F. Deutsch, Nephrotyphus. (Aus der II. mediz. Abteilung des Krankenhauses Wieden.) (W. kl. W. 1915 Nr. 36.) Ein 15jähriges Mädchen erkrankte an akuter Nephritis. Es stellte sich heraus, daß hier ein Nephrotyphus vorlag; die Nierenentzündung war das einzige lokale Symptom der Typhusinfektion. Erhebungen ergaben, daß im gleichen Hause ein 12jähriges Mädchen, das mit der ersten Patientin verkehrt hatte, wegen einer Scharlachnephritis ins Krankenhaus gekommen war und daß ein 2jähriger Bruder dieses Mädchens einige Wochen vorher an Nierenentzündung gestorben sei. Die „Scharlachnephritis“ entpuppte sich aber ebenfalls als ein Nephrotyphus, ebenso die Nephritis des verstorbenen Knaben. In allen 3 Fällen war außer Nephritis und Fieber keine klinische Erscheinung des Typhus zutage getreten. Zwischen dem ersten und zweiten Fall lagen 11 Wochen, zwischen dem zweiten und dritten aber 4 Wochen. Diese langen Intervalle ließen auf einen Dauerausscheider schließen; der Vater der Geschwister war aus dem Kriege mit Diarrhöen zurückgekommen, ohne sonst krank zu sein.

Da alle 3 Fälle in gleicher Weise erkrankten, war Infektion durch die Harnwege auszuschließen; man muß hier wohl an eine besondere Affinität der Bazillen zur Niere denken, an einen speziellen Organotropismus. Grätzer.

Th. Hryntschak, Ein Fall von Meningitis cerebrospinalis siderans. (W. m. W. 1915 Nr. 42.) Der Fall zeichnete sich durch mehrere Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde dieser Krankheit aus:

1. Durch den foudroyanten Verlauf. Von der leichten Kopfschmerzäußerung, die als Beginn der Erkrankung zu gelten hätte, bis zum Tode etwas über 24 Stunden.

2. Durch den Mangel jeder Fieberbewegung sowie durch den Mangel jeder allgemeinen Infektstörung — Puls, Temperatur — wie wir sie bei anderen Infektionskrankheiten und für gewöhnlich auch bei Meningitis cerebrospinalis zu beobachten gewohnt sind.

3. Durch das kolossale Mißverhältnis des Sektionsbefundes und der temporären äußeren Erscheinungen der Krankheit. Nach dem Sektionsbefunde hätte der Pat. schon tagelang schwere Symptome einer Gehirn- und Rückenmarkserkrankung aufweisen müssen. Unterdes ist der Knabe mit dem Eiter seiner weißen Hirn- und Rückenmarkshäute munter herumgegangen und bot gar keine Anzeichen für die tödliche Erkrankung seines Gehirns und Rückenmarks.

Es ist einleuchtend, daß man in diesem Falle an eine Serumbehandlung, die sonst in einer erheblichen Zahl Rettung gebracht hat, nicht denken konnte. Grätzer.

E. Glanzmann, Erfolgreiche Vakzinebehandlung einer schweren Colipyelitis im 1. Lebensjahre. (Aus der pädiatrischen Klinik Bern.) (Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 36.) Bei einem 10 Monate alten Kinde, bei dem jede Therapie vergeblich gewesen, führte konsequente Behandlung mit Vakzine zur Heilung. Benutzt wurde Colivakzine II Merck, die in 1 ccm 40 Millionen Keime ent-

hält. Die erste subkutane Injektion erfolgte mit 0,01, 3 Tage darauf wurden 0,02, wieder 3 Tage später 0,03 usw. injiziert, und obwohl Allgemeinreaktion erfolgte, wurde weiter gestiegen bis 0,3—0,5.

Grätzer.

F. Stirnimann (Luzern), Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Vitamine bzw. des Orypans. (Ebenda. 1915 Nr. 37.) Kinder erhielten täglich 0,25 Orypan in die Suppe. Es zeigte sich, daß ihre Gewichtszunahme doppelt so groß war als bei gleichen Kindern der Kontrollgruppe, die Orypan nicht erhielten.

Bei starkem Längenwachstum mit Abmagerung besitzen wir im Orypan ein wirksames Korrektiv. Grätzer.

V. Pesca (Prag), Eclampsia e gastroenteritide acuta. (Aus der Kinderpraxis.) (Liječnicki Vijesnik. 36. 1914 S. 345 (Kroatisch.) Beschreibung eines Falles. Die vorgelegte Frage, ob es sich da um eine alimentäre Intoxikation oder um eine alimentäre anaphylaktische Erscheinung handelt, beantwortet Verf. in dem Sinne, daß sich am besten die Annahme der zweiterwähnten Möglichkeit für die Erklärung sämtlicher Symptome eignet. Im Anschluß an Richet diskutiert er die Möglichkeit einer anaphylaktischen Reaktion bei verschiedenen Nährmitteln des Kindes, erwähnt ferner die Differentialdiagnose gegen Appendizitis, Ileus und Peritonitis und gewöhnliche alimentäre Intoxikation, wobei die Periodizität der Erscheinungen das beste Symptom der anaphylaktischen Intoxikation ist. Die Einzelbilder der Symptomatologie der Anaphylaxie sind eingehend besprochen.

Jar. Stuchlík (Zürich).

Axel Wallgren, Zur Kenntnis der feineren Histologie und Pathogenese der Heine-Medinschen Krankheit. (Arb. aus dem Pathol. Instit. der Univers. Helsingfors.) (Homén. 1. H. 1 u. 2.) Mikroskopischer Befund in 2 Fällen von Poliomyelitis anterior. Verf. glaubt, daß das Poliomyelitis-Virus sich in dem ektodermalen Gewebe, zum mindesten an denjenigen Stellen festsetzt, wo während des frühesten Stadiums der Krankheit Ansammlungen neutrophiler Leukozyten sich vorfinden. Solche ließen sich in Fall I sowohl in den Nervenzellen und um diese herum, als auch unter den Neuronophagen, die an den Stellen der zerstörten Nervenzellen liegen geblieben sind, und ferner, unabhängig von allen Nervenzellen, in dem zwischenliegenden Gewebe selbst nachweisen. Es sind demnach nicht nur die Nervenzellen nebst ihrer nächsten Umgebung, sondern auch das zwischen den Nervenzellen liegende Gewebe als primäre Ansiedelungsstätten des Virus anzusehen. Dabei ist die Nervenzellenalteration nicht in jedem einzelnen Falle auf eine direkte Ansiedelung des Virus zurückzuführen; eine fortgeleitete Toxinwirkung, Zirkulations- und Ernährungsstörungen, das Gewebsödem, der von den in Zerfall begriffenen Gewebselementen abgegebene Reiz u. dgl. können hierbei eine gewisse Rolle spielen. Als eine andere direkte Folge der Invasion des Virus ist ohne Zweifel die Gefäßalteration samt der starken Exsudation in die Gefäßscheiden anzusehen. Da es anscheinend gerade die Gefäßscheiden sind, längs deren die Verbreitung des Virus stattfindet, so ist eine primäre Wirkung hier leicht begreiflich. Aber auch

ein Teil des im ektodermalen Gewebe, abzüglich der Nervenzellkörper, sich abspielenden pathologischen Prozesses ist wahrscheinlich primärer Natur; die stellenweise außerordentlich lebhafte Gliaproliferation ist wahrscheinlich wenigstens zum Teil eine mehr oder weniger direkte Folge einer von dem Virus ausgeübten Reizung.

Der pathologische Rückenmarksprozeß bei der Heine-Medinschen Krankheit stellt eine Myelitis im strengsten Sinne dieses Begriffes dar, denn es sind hier sämtliche 3 Hauptkomponenten einer Entzündung: Alteration, Exsudation und Proliferation, gut vertreten.

Kurt Mendel.

F. Langmead, Varieties and treatment of chorea. (British med. Journ. 14. Juni 1913.) Verf. unterscheidet folgende Choreaformen: 1. die motorische; 2. die maniakalische; 3. die paralytische (Chorea mollis); 4. die kardiale (Herz stark affiziert); 5. die latente (häufig übersehen, Diagnose aber wichtig wegen häufiger Herzkomplikation [Mitralstenose], milde psychische Unruhe, leichte rheumatische Beschwerden, oft mydratische, ungleiche Pupillen, Hippus, exzentrische Lagerung der Pupille); 6. die residuale Form (nach Aufhören der Chorea noch einige Zeit lang, zuweilen für mehrere Wochen, krankhaftes Verhalten).

Medikamentöse Therapie der Chorea: Salizyl, Brom, Chloral. Arsen und Sulfonal sind nicht zu geben. Nachbehandlung mit Übungen.

Kurt Mendel.

J. Milhit, Les méningites éberthiennes. (La médecine moderne. 22. No. 1.) 8jähr. Mädchen. Am 8. Tag des Typhus kurzdauernde meningitische Symptome; am 30. Tage erneut Fieber, dann scheint die Rekonvaleszenz zu beginnen; am 10. Tage treten jedoch plötzlich wieder Meningitissymptome und Roseola auf, nach 2 Tagen typisches Bild der Zerebrospinalmeningitis, nach 9 Tagen Exitus. Am 1., 3. und 4. Tage dieser Meningitis enthielt das Lumbalpunktat viel Eiweiß und Lymphozyten, in dem Liquor des 4. und 7. Tages konnten Typhusbazillen nachgewiesen werden. Die Behandlung bei diesen typhösen Meningitiden hat zu bestehen in wiederholten, sehr vorsichtig auszuführenden Lumbalpunktionen (30—40 ccm Liquor zu entnehmen) mit Injektion von Kolloidalsilber in den Wirbelkanal; allerdings scheint bei der Pat. des Verf. diese Injektion das Auftreten des Coma beschleunigt zu haben. Außerdem: warme Bäder, Eisblase auf Kopf, Brom, Chloral. Kurt Mendel.

R. Marie et **R. Weill,** Forme clinique de méningite tuberculeuse débutant par un syndrome de paralysie du nerf moteur oculaire commun. (Journ. méd. de Paris. 1914 No. 29.) Bei dem 4jährigen Pat. trat als erstes Symptom einer tuberkulösen Meningitis eine Lähmung der Okulomotorius auf. Bei der Sektion des im übrigen typisch verlaufenen Falles fand sich eine starke Liquorsammlung und Granulationen im Gehirn. Der Lungenbefund ergab eine typische Tuberkulose. Kurt Boas.

D. d'Estrée, Examen des urines dans l'oxalurie. (Ebenda. 34. No. 26 p. 514.) Auf Grund langjähriger Erfahrungen stellt Verf.

fest: 1. In den sauren Urinen ist Kalkoxalat nachzuweisen. 2. Die Azidität der oxalsaure Kalke enthaltenden Harne ist höher wie diejenige des normalen Harns und sogar des Harns, der mehr Niederschläge von Harnsäure enthält. Kurt Boas.

A. Satire, Une cause d'erreur avec le réactif d'Esbach. (Ebenda. 34. No. 30 p. 592.) Bei einem Pat., dessen Harn Eiweiß nur in Spuren enthielt, erhielt Verf. bei Anwendung des Esbachschen Reagens einen starken Niederschlag, dessen mikroskopische Untersuchung Potassiumpikrat ergab, das bei der Flammenprobe die charakteristische violette Farbe des Potassiums zeigte. Verf. empfiehlt daher, den Niederschlag bei der Esbachschen Reaktion zu untersuchen, da derjenige bei albuminoiden Substanzen vollständig amorph ist. Andererseits wird der Harn von Kranken, die Potassiumsalze bekommen haben, stets einen Niederschlag bei der Esbachschen Probe zeigen. Kurt Boas.

G. Bertrand et **H. Agulhon,** Sur la présence du bore dans le lait et les oeufs. (Über die Anwesenheit von Bor in der Milch und in den Eiern.) (Comptes rendus hebdomad. des Séances de l'Académie des Sciences. Tome 156. 30. Juni 1913.) Die Verff. haben im Anschluß an frühere Untersuchungen über das Vorkommen des Bors im Organismus und in der Tierreihe die Frage studiert, ob Bor ein ebenso fundamentales Element der Zelle darstellt wie etwa das Eisen oder Mangan. Zu diesem Zweck untersuchten sie das Vorkommen von Bor in der Milch und im Ei, wobei sie von dem Grundgedanken ausgingen, daß, wenn das Bor tatsächlich ein Constituens der Zelle darstelle, es hier bereits anzutreffen sein müsse.

Die Ergebnisse bestätigen die Annahme der Verff.: sowohl in der Frauen-, Eselinnen-, Ziegen- und Kuhmilch, wie im Hühner-, Tauben-, Wildenten- und Truthennenei kommt Bor konstant vor. Damit ist bewiesen, daß sich das Bor den anderen katalytischen Elementen der lebenden Zellen anreiht. Kurt Boas.

L. Lindet, Influence du chlorure de calcium sur le Caillage du lait. (Comptes rendus. 157. 6. p. 381.) Der Zusatz von Kalziumchlorür zu roher oder gekochter Milch ergibt Kalziumphosphat und zitronensaures Kalzium. Dadurch wird die Natur und Quantität der Lösungsstoffe der gelösten Kaseine verändert. Das Kalziumbiphosphat läßt saures Phosphat durch Dissoziation entstehen und beraubt die Kaseine ihres Kalkes, der sie bei der Lösung unterstützte. Ebenso bilden sich die beiden löslichen Kaseine zurück, ein weiterer Beweis für ihre analogen Eigenschaften.

Aus dem Inhalt der vorliegenden und einer früheren Mitteilung des Verf. ergibt sich weiterhin, daß die Milch zwei Kaseinarten enthält: die eine (β) ist in ziemlich geringer Menge darin enthalten und löst sich ganz in den natürlichen Lösungsbestandteilen; die andere (α) löst sich nur zu einem Teil, während $^9/_{10}$ im Zustand kolloidaler Suspension verbleiben. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

VIII. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, Berlin, 26. bis 28. Oktober 1915.

(Aus d. D. m. W.)

Vorsitzender: Staatsminister v. Möller.

Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft.

Mehrung des Nachwuchses.

a) Berichterstatter: Prof. Dr. K. Oldenberg (Göttingen).

Der Vortr. geht von der schnelleren Vermehrungsrate aus, die die slawischen Völker infolge ihrer frühzeitigen Eheschließung vor den westeuropäischen auszeichnet. In neuerer Zeit komme aber für Westeuropa der bekannte Rückgang der Fruchtbarkeit namentlich in den Großstädten hinzu, während die Sterblichkeitsziffer, deren Annahme bisher den Geburtenrückgang einigermaßen ausglich, nicht viel tiefer mehr sinken könne. Die Folgen des Zweikindersystems seien sittlich und politisch bedenklich. Die stagnierende Bevölkerungszunahme durch die schon begonnene Masseneinwanderung ergänzen, hieße die Nationalität gefährden. Jetzt sei durch die Wirkungen des Krieges die Gefahr eines Bevölkerungsrückganges näher gerückt. Denn zu den blutigen Verlusten, die die Blüte der Nation hinraffen, treten die Geburtenausfälle im Kriege und nach dem Kriege ein verschobener Altersaufbau der Bevölkerung und ein Zahlenverhältnis zwischen den Geschlechtern, die eine normale Regeneration auf viele Jahre hinaus gefährden. Überdies müsse die nach dem Kriege notwendige Einschränkung und Teuerung namentlich die Klasse der Festbesoldeten zu weiterer Verminderung der Kinderzahl drängen. Anderseits sei zu hoffen, daß durch die Erschütterung des Kriegserlebnisses die zentrifugalen Kräfte im Volksleben geschwächt werden, die das Zweikindersystem gefördert haben. Zugleich müsse aber eine nationale Bevölkerungspolitik der nationalen Wirtschaftspolitik an die Seite treten. Die fruchtbare ländliche Bevölkerung, zugleich durch geringe Sterblichkeit ausgezeichnet, müsse erhalten und gemehrt werden. Die längst nötige Ausdehnung des industriellen Arbeiterschutzes auf junge Leute von 16—18 Jahren würde die Landflucht der Jugend hemmen und das gefährdete Interesse der ländlichen Familien an reichlichem Nachwuchs stärken. Die Reichsversicherungsordnung sei unter bevölkerungspolitischem Gesichtspunkt durchzusehen, Volksversicherung des dritten bis sechsten Kindes stark zu subventionieren, die Personalsteuerlast zugunsten der Ehemänner und Familienväter umzuschalten, Gebäudesteuer und Mietstempel nach der Kinderzahl der Mieter abzustufen, das Gehalt der Beamten und Angestellten zu erhöhen (auch auf den oberen Stufen, im Interesse der Fortpflanzung wertvoller Eigenschaften) und gleichfalls nach Familienstand und Kinderzahl zu differenzieren. Diese, zugleich die frühzeitige Eheschließung erleichternden Maßnahmen, seien durch ein einschneidendes Schutzgesetz für ledige und verheiratete Arbeiterinnen zu ergänzen, auch um den Wettbewerb zu mildern, den die weibliche Arbeitskraft der dezimierten männlichen in erhöhtem Maße machen wird. Gegenüber der neumalthusianischen Geschäftspropaganda seien Beschränkungen des Handels neben scharfer Bekämpfung des Abtreibens nötig.

b) Berichterstatter: Stabsarzt a. D. Dr. Christian (Berlin).

Der Daseinskampf des deutschen Volkes wird nicht nur durch die kriegerischen Verwicklungen, sondern auch durch starke Umwandlungen der Menschheitsgeschichte beeinflußt. Die Ein- und Dauerehe, die eine Regelung der Fortpflanzung im völkischen Sinne darstellt und bisher den Bestand der Kulturvölker gewährleistet hat, droht, diese Aufgabe nicht mehr zu erfüllen. Anhaltspunkte für eine fortschreitende physiologische Entartung der deutschen Bevölkerung

sind nicht vorhanden, dagegen führt eine Umwandlung der Anschauungen infolge der modernen Wirtschaftsentwicklung und eines nicht genügend erweiterten Gesichtskreises zu der Massenerscheinung des Bedürfnisses nach Geburteneinschränkung. Ohne dieses allgemeiner werdende Bedürfnis hätte der Neumalthusianismus nur verhältnismäßig wenig Kreise im deutschen Volke erobert. Der Krieg würde bei einer Geburtlichkeit und Sterblichkeit der deutschen Bevölkerung wie im Jahre 1912 nur eine Herabsetzung der Volksvermehrung innerhalb von 20 Jahren von 16,8 Mill. auf etwa 14 Mill. zur Folge haben, die durch geringe Steigerung der ehelichen Fruchtbarkeit etwa zu dem Durchschnitt der Jahre 1901 bis 1910 vollständig ausgeglichen werden könnte. Die Gefahr besteht einzig in der Zunahme des Ein- und Zweikindersystems. Ein polizeiliches Verbot gegen die Mittel zur Geburtenverhinderung hat, soweit dieses überhaupt durchführbar ist, nur beschränkten Wert, sollte sich daher nur gegen die Auswüchse des Handels mit diesen Mitteln richten. Eine Begünstigung außerehelicher Verbindungen zur Vermehrung des Nachwuchses würde die Dauerehe der Zerstörung preisgeben, die aus rassebiologischen Gründen ebenso wie aus anderen Gründen aufrechterhalten werden muß. Eine staatliche Heiratspolitik muß das Ziel haben, den Männern schon in jungen Jahren das Heiraten zu erleichtern und den berufstätigen Frauen die Heirat ohne Berufsaufgabe, vielleicht durch Ausbau der Halbtagsschicht, zu ermöglichen. Zur Begünstigung der Kinderaufzucht ist neben einer Stärkung der ländlichen Kleinsiedelung und einer Reform des städtischen Wohnungs- und Siedelungswesens ein System wirtschaftlicher Hilfen für kinderreiche Familien nötig, das zugleich durch Benachteiligung rassisch minderwertiger Elemente die Güte des Nachwuchses fördert. Die Erziehung der Bevölkerung von Jugend auf zu dem Ideal der persönlichen und völkischen Kraft kann das Gesamtwerk erst vollenden.

Aussprache. Geh. Med.-Rat Krohne (Berlin) erklärte im Auftrage des preußischen Ministers des Innern, daß die Staatsregierung alles daran setzen werde, die Bevölkerungsfrage einer Lösung entgegenzuführen (!).

Fräulein Dr. A. Bluhm (Berlin) weist darauf hin, daß die Frage der Mehrung des Nachwuchses eine Frauenfrage sei. Sie hebt besonders hervor, daß die Beschränkung der Kinderzahl schon vor der Frauenbewegung eingesetzt hat. Die Forderung der allgemeinen Berufsausbildung wird nach ihrer Ansicht kaum zu einer Überschätzung der Berufsarbeit führen. Knabe und Mädchen müßten als gleichwertige Mitglieder betrachtet werden, es dürfe nicht einseitige Überschätzung der Knaben eintreten. Die weibliche Widerstandsfähigkeit sei zu heben, die außerhäusliche Erwerbsarbeit der Mutter sei schwer zu beseitigen.

Frau H. Fürth (Frankfurt a. M.) glaubt, daß es in der Hauptsache wirtschaftliche Verkettungen sind, die Einfluß auf die Geburtlichkeit haben. Nicht der Unterschied zwischen Land und Stadt, sondern der Wohlstand entscheidet, ob man in der Lage ist, Kinder aufzuziehen. Rednerin empfiehlt wirtschaftliche Fürsorge für Mutter und Kind. Man müsse den Personenkreis der zu Versichernden erweitern und die Beihilfe erhöhen, Ausdehnung der Wochenhilfe durch Zwangsversicherungspflicht und Fürsorge für Uneheliche. Die Stillprämien für die Zeit von 12 Wochen seien viel zu kurz, die Mutter soll sie bekommen, solange sie stillt, bis zu 8—9 Monaten. Das Zölibat der weiblichen Beamten soll aufgehoben werden. Möglichst viele der im Beruf stehenden Frauen sollen zur Ehe kommen.

Dr. Alfons Fischer (Karlsruhe i. B.) gibt zu, daß auch in Deutschland ein Geburtenrückgang vorliegt, warnt aber vor der Überschätzung der gegenwärtig vorliegenden Geburtenstatistik. Es sei gewagt, aus ihr Schlüsse zu ziehen.

Dr. v. Hainisch (Wien) teilt mit, daß der Geburtenrückgang in Österreich ein gewollter ist, das Zweikindersystem gilt als standesgemäß. Er schlägt eine Junggesellensteuer vor.

Dr. Lenz (Puchheim) verliest die Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene.

Dr. Plötz (München) wendet sich gegen einige Ausführungen von Prof. Oldenberg und Dr. Christian. Nach seiner Ansicht stehen die Nachkommen von Militärtauglichen höher als die von Militäruntauglichen. Eine Mutter soll das Gefühl haben, daß sie für den Staat besonders wichtig geworden ist, und soll als erfolgreiche Mutter vom Staate belohnt werden.

Pastor Dr. Boree (Heiligenrode): Rom ist von 20 Millionen auf 5 Millionen zurückgegangen, weil es Religion und Götter verloren hat. Auch in Deutschland, wie überall, gehe der nationale Verfall mit Gottlosigkeit Hand in Hand. Der Mensch unterscheide sich vom Tier hauptsächlich durch das Beten, d. h. die Anerkennung überirdischer Ideale. Der Abnahme der Religiosität ist zu steuern. Die Religion soll uns lehren, wieder früh die Ehe zu schließen und die übertriebene Geselligkeit zu verwerfen, dafür Freude an den Kindern zu haben.

Stadtrat Meckbach (Frankfurt a. M.): Das deutsche Volk ist wohl imstande, mehr Kinder als bisher aufzuziehen, aber große Mittel müßten beschafft werden, um alle die erörterten Pläne zu verwirklichen. Und das ist möglich.

Geheimrat Rumpf (Bonn) ist der Ansicht, daß man zu Schutzmitteln gegen Geschlechtskrankheiten raten muß, sie sind ein wesentliches Mittel zur Bekämpfung dieser Leiden. Es ist nicht richtig, daß Ärzte zu häufig bei Abtreibungen mitwirken. Die Einleitung eines künstlichen Abortes soll von einem ärztlichen Konsilium abhängig sein. Land und Industrie haben in gleicher Weise ihre Vorteile und Schattenseiten. Man soll Erfahrungen nicht einseitig nehmen, auf dem Lande ist vielfach Tuberkulose häufiger als in Industrierevieren. Ehe man aber prunkvolle Rathäuser baue, solle man erst Wohnungen für kinderreiche Familien schaffen.

Pastor Kötzschke (Berlin) meint, daß ein bloßer Appell an die Religion wenig nützen wird. Wirtschaftliche Momente spielen eine große Rolle. Nicht zurück aufs Land sei der Ruf, denn nur durch Industrie und Handel können wir ein so großes Volk ernähren. Für Kinderaufzucht müsse man ein Äquivalent geben.

Schlußwort. Prof. Oldenberg stellt fest, daß er im allgemeinen mit dem zweiten Berichterstatter übereinstimme und nur in dem Punkt anderer Meinung sei, daß der Neumalthusianismus nicht nur ein Symptom, sondern auch eine gewichtige Ursache des Geburtenrückganges sei, wie aus einem ihm zugegangenen Briefe hervorgehe.

Erhaltung und Kräftigung des Nachwuchses.

I. Säuglings- und Kleinkindesalter.

a) Berichterstatter: Kabinettsrat a. D. Dr. von Behr-Pinnow (Berlin).

Der Redner erörterte zunächst die falschen und richtigen Gründe der Säuglingssterblichkeit und -kränklichkeit und wies dabei besonders auf die Folgen der unnatürlichen Ernährung und der falschen Pflegemaßnahmen, sowie der schlechten und unreinlichen Wohnung hin. An Hand verschiedener graphischer Darstellungen erläuterte er den Unterschied der Sterblichkeit in den verschiedenen Ländern und Bundesstaaten, sowie bei uns in Stadt und Land. Es wurde sodann der Einfluß des Krieges erläutert, der sich nachweisbar bei dem Gedeihen der jüngsten Kinder recht ungünstig geltend macht, trotz des guten Wirkens der Reichswochenhilfe und des Stillgeldes. Redner rechtfertigte sodann die Bestrebungen der Säuglingsfürsorge, die keinesfalls den Volksbestand verschlechtert, im Gegenteil ihn sogar hebt. Sodann wurde das Übel des Ammenwesens, der ungünstige Einfluß falscher beruflicher Tätigkeit der Frauenwelt und deren schwerwiegende Folgen geschildert. Redner hob einzelne Mittel für die gesunde Erziehung unseres Nachwuchses hervor und verlangte in erster Linie eine tüchtige Vorbereitung der weiblichen Jugend auf ihren Hauptberuf als Hausfrau und Mutter. Er empfahl auch eine allgemeine Mutterschaftsversicherung. Alles das, was die Begründer der deutschen Säuglingsfürsorge als praktisch und durchführbar erprobt haben, soll gesetzlich eingeführt und damit zum Gemeingut des deutschen Volkes gemacht werden.

b) Berichterstatter: Prof. Dr. Hecker (München).

Die heutige soziale Kinderfürsorge hat nur den einen Teil der Säuglingsfürsorge zu höherer Entwicklung gebracht. Die Maßnahmen für das Kleinkindesalter liegen noch sehr im Argen. Die Maßnahmen, die in der Propagierung der Brusternährung, in Aufklärung und Mutterschutz gipfeln, beeinflussen ohne Zweifel das einzelne Kind, von dessen besserem Gedeihen wir uns überzeugen können, und die in Anstalten untergebrachten Kinder, deren Sterblichkeit enorm herabging. Ob aber das allerorts beobachtete Absinken der Säuglingsmortalität auf die speziellen Fürsorgemaßnahmen zurückzuführen ist, kann nicht sicher



bejaht werden. Es ist aber wahrscheinlich gemacht durch die Beobachtung in größeren abgeschlossenen Verwaltungsbezirken, wo mit dem Einsetzen der Fürsorge bei dem Fehlen sonstiger Momente die Zahl der gestillten Kinder um die Stilldauer zunahm, die Sterblichkeit aber zurückging. Noch schwieriger als diese direkte ist die indirekte Wirkung der Maßnahmen zu beweisen: hygienische Lageverbesserung der anderen Kinder, Verminderung der Erkrankungsziffern auch im Nachsäuglingsalter und so ein Einfluß auf die Volksgesundheit. Denn unleugbar ist der Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit, allgemeiner Sterblichkeit, Volksgesundheit ausgedrückt in der Wehrfähigkeit und dem gesamten Kulturniveau eines Landes. Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit ist also auch ein Kampf um hohe leibliche und geistige Güter der Nation. Der Kreis der von der Fürsorge erfaßten Kinder war vor dem Kriege noch nicht allzu groß. Außer gewissen zwangsweise zugeführten Kategorien (Haltekinder u. ä.) kamen nur die von direkter Not Getriebenen und die freiwillig Suchenden in die Fürsorge. Großen Vorteil aus der Aufklärung haben die gebildeten Kreise und der Mittelstand gezogen. Es fehlten aber gerade die Bedürftigsten, die nichtwollenden Mütter, die unehelichen Kinder in großer Zahl, die Mehrzahl der Haltekinder. Der Krieg hat in den Säuglingsschutz störend und fördernd eingegriffen: Jähe Unterbrechung der Fürsorgetätigkeit, Schließung einzelner Anstalten und Organisationen, Einberufung der Ärzte und Schwestern waren die störenden Erscheinungen, die die Fürsorge trafen, während die Mütter und Kinder vor allem unter der Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse zu leiden hatten. Dementsprechend ging die Säuglingssterblichkeit im August und besonders im September und auch Oktober 1914 rapid allenthalben in die Höhe. Anderseits brachte der Krieg dem Säuglingsschutz eine erhebliche Zunahme des Interesses bei der Allgemeinheit, den Behörden und dem Reich, und wir erlebten den größten Erfolg, die offizielle Mitwirkung des Gesetzgebers, die Schaffung der Kriegs- und der Reichswochenhilfe. Das Notgesetz vom 4. August 1914, die Bundesratsverordnungen vom Dezember 1914 und April 1915 bilden Denksteine in der Entwicklung des Kinderschutzes. Diese Maßnahmen bewirkten eine Linderung der wirtschaftlichen Not im Volk, eine starke Vergrößerung des Fürsorgekreises — Zunahme der Zahl der in Fürsorge kommenden Säuglinge, erhöhte Frequenz in Anstalten; sie brachten vor allem ein Wiederaufleben der Stilltätigkeit als direkte Folge des lockenden Reichsstillgeldes; ferner Besserstellung des unehelichen Kindes und schließlich auch eine Besserung der Säuglingssterblichkeit da, wo durch gut organisiertes Zusammenwirken von städtischen und staatlichen Behörden einerseits und von den unter sich zusammengeschlossenen Säuglingsfürsorgeunternehmungen anderseits die Fürsorge wirklich durchgreifend gestaltet werden konnte. So erlebte München vom November 1914 ab ein Absinken der Säuglingssterblichkeit, wie es auch vor dem Kriege noch nie zu verzeichnen war. Der Krieg hat den richtigen Weg zur Erhaltung und Kräftigung des Nachwuchses gezeigt; er wird nach dem Kriege weiter ausgebaut werden müssen. Die als unschätzbar erprobte Wochenhilfe mit Schwangerschaftsunterstützung und Stillgeld muß beibehalten und auf dem Versicherungswege weiter ausgebaut werden, so daß auch Krankenhilfe für die bisher versicherungsfreien Mütter und Kinder gewährt und eine gedeihliche Fortentwicklung der Kinder, etwa durch Erziehungsbeihilfen, garantiert wird. Zum gesetzlichen Kinderschutz gehört auch die Mutterschaftsversicherung, die Schaffung eines wirklich modernen Haltekindergesetzes — die bisher vorliegenden Gesetze und Entwürfe zeigen noch große Lücken — und die Durchführung einer möglichst individuell und beweglich arbeitenden Berufsvormundschaft. Besonders vordringlich wird die Fürsorge für das Kleinkindesalter von 1—6 Jahren durch Schaffung von Kinderfürsorge- an Stelle der Säuglingsfürsorgestellen, Vermehrung und Reformierung der Horte, Bewahranstalten und Kindergärten. Es müssen alle gefährdeten Kinder, auch die ehelichen, die bei Verwandten untergebrachten usw. von der Fürsorge erfaßt werden, wie es in München mit Erfolg während des Krieges durchgeführt ist. Wir erstreben eine durch die verschiedenen Altersperioden gehende, lückenlose Kinderfürsorge, an die sich dann die Schulhygiene anschließt. Wichtig wird die Fürsorge auf dem Lande, die den jeweiligen Verhältnissen angepaßt werden muß. Das Hauptmittel der Fürsorge außer dem gesetzlichen Mutter- und Säuglingsschutz ist weitgehende Aufklärung und Belehrung, Erziehung der weiblichen Jugend in theoretischen und praktischen Kursen, für Mutter- und Pflegerberuf, Organisation von Wander-

kursen und Wanderausstellungen, eine große Zahl von Fürsorgerinnen, besonders von Kreisfürsorgerinnen, auf dem Lande[1]). Mehr als bisher ist notwendig ein Zusammenschluß der in der Fürsorge arbeitenden Kräfte, entweder in Zentralen oder in Fürsorgeämtern, wo die Fäden aus den einzelnen Anstalten und Institutionen aus Berufsvormundschaft, Waisenrat, Kostkinderamt, Armenverwaltung zusammenlaufen. Die private Wohltätigkeit und Unternehmungslust steht diesen Ämtern als willkommene Hilfe, nicht als Träger der Organisation zur Seite. Die Kosten der Fürsorge sind, da es sich nicht um eine private, sondern um eine staatliche Angelegenheit von höchstem Interesse handelt, nicht von der Privatwohltätigkeit, sondern von der Allgemeinheit zu tragen, und zwar einerseits auf dem Versicherungswege durch Erhöhung der Beiträge, anderseits in Form eigener Wohlfahrtssteuern, von den Kindersparern, den Ledigen (außer den ledigen Müttern) und den kinderlosen und kinderarmen Ehepaaren.

II. Schulpflichtiges Alter.

Berichterstatter: Schularzt Dr. Lewandowski (Berlin), Königl. Kommissar für die militärische Vorbereitung der Jugend.

Die Schulhygiene bildet immer den Mittelpunkt der gesamten Wohlfahrtspflege der Jugend. Sie soll mit ihren Strahlen ebenso die vorangehenden Altersklassen wie die schulentlassene Jugend durchdringen. Besonders ungünstige Einwirkungen auf die Gesundheit der Schuljugend durch die Kriegsverhältnisse sind erfreulicherweise nicht festgestellt. Höchstens scheint die veränderte Ernährung der vergangenen Monate die Gewichtszunahmen hemmend beeinflußt zu haben. Es hat sich im allgemeinen gezeigt, daß die Schulgesundheitspflege sich zwar in richtigen Bahnen bewegt, aber doch dringend des Ausbaues und der weiteren Entwicklung bedarf. So ist zunächst die Anstellung von Schulärzten immer weiter auszudehnen, bis auch die kleinsten Städte, das flache Land und die höheren Schulen sämtlich schulärztlich versorgt sind. Als eine der wesentlichsten Lücken in der Handhabung der Schulgesundheitspflege wird dauernd und schmerzlich empfunden, daß keinerlei Organisation besteht, die eine Behandlung bzw. Behebung der von schulärztlicher Seite an der Jugend festgestellten Schäden gewährleistet, so daß der von beachtenswerter Seite erhobene Vorwurf, die Schulärzte trieben vorzugsweise Elendsstatistik, nicht ganz unberechtigt erscheint. Hinzukommt, daß die berufliche Tätigkeit der Frauen im Kriege naturgemäß erheblich zugenommen hat und die Sorge für die Kinder immer mehr zurücktreten muß. Damit wenigstens in diesem wichtigen Punkte die Arbeit der Schulgesundheitspflege nicht ganz nutzlos bleibt, ist die Einstellung von besoldeten Schulschwestern dringend und schleunigst zu fordern. Die Schulschwestern sollen den Zusammenhang zwischen Schule, Haus und Arzt herstellen und erhalten. Ferner ist für die Schulschwächlinge, das sind die vom Schulbesuch als ungeeignet zurückgestellten Schulrekruten, durch allgemeine Einrichtung von ärztlich überwachten Schulkindergärten Sorge zu tragen. Für die Schulschwächlinge der höheren Klassen ist die Errichtung von Walderholungsstätten und Waldschulen in immer steigendem Maße erwünscht. Die Kinderhorte bedürfen einer gesicherten ärztlichen Versorgung. In der körperlichen Erziehung ist dem segensreichen Jugendwandern ein ständiger Platz einzureihen. Die Beratung der die Schule Verlassenden über ihre Berufswahl ist pflichtgemäß einzuführen. Die Ausbildung der Ärzte für die mannigfachen und ständig wachsenden Aufgaben der Schulgesundheitspflege bzw. Jugendpflege kann zurzeit noch nicht als ausreichend bezeichnet werden. Die ärztliche Fortbildung, so begrüßenswert und dankenswert sie ist, kann dieses wichtige Gebiet nicht allein bearbeiten. Hier müssen die Universitäten vorsorgen; am zweckmäßigsten im Hygieneunterricht. Auch das praktische Jahr soll diesen Zwecken dienstbar gemacht werden. So kann und muß allmählich ein Stab von Ärzten — Jugendärzten — herangebildet werden, die — etwa nicht als neue Spezialisten gedacht — im Gegenteil in sich alle ärztlichen Eigenschaften vereinen und außerdem noch als Kenner und Lehrer der Gesundheitspflege eine fruchtbare Tätigkeit für die deutsche Jugend entfalten sollen.

---

[1]) Im Hinblick auf die Erzeugung eines gesunden Nachwuchses sind die Bestrebungen zur Bekämpfung degenerativer Einflüsse, wie Alkoholmißbrauch, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, nachdrücklichst zu unterstützen.



III. Schulentlassene Jugend.

a) Berichterstatter: Stadtrat Geh. San.-Rat Dr. Gottstein (Charlottenburg).

Die Gesundheitsfürsorge für die schulentlassene Jugend beider Geschlechter ist noch wichtiger als die für die Schuljugend. Seit der Schulentlassung beginnt, für beide Geschlechter nicht gleichmäßig, der Gesundheitszustand schlechter zu werden. Die Sterblichkeit erreicht im Schulalter ihren tiefsten Stand und steigt dann ziemlich steil an. Die Krankenkassenstatistik erweist ein häufigeres Krankwerden der jugendlichen Arbeiter, die planmäßigen Reihenuntersuchungen von Fortbildungsschülern zeigen, welche Krankheitsgruppen im Vordergrund stehen, und die Ergebnisse der Aushebung der männlichen Jugend belehren uns über die besonderen Einflüsse von Vorbildung, Wohnsitz (Stadt oder Land) und Beruf, wie wirtschaftlicher Lage. Besonders wichtig ist dieses Lebensalter als das der Zunahme der Tuberkulose als Todesursache. Die biologischen Gründe für diese Verschlechterung des Gesundheitszustandes sind die sprungweise Zunahme von Gewicht und Körpergröße, die Anpassung der Innenorgane an den Zustand des Erwachsenen und der Beginn der Geschlechtsreife; dazu kommt der Eintritt in den Beruf mit seinen besonderen, für den Ungelernten gesteigerten Schädigungen, die Loslösung von der Familie und die hiermit verbundenen sittlichen Gefahren. Während der Kriegszeit wirkt noch die erhöhte Leistung der arbeitenden Jugend im Ersatz für die Einberufungen ungünstig ein. Der Weg für unsere Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit der schulentlassenen Jugend ist in Anlehnung an frühere Erfahrungen bis in die Einzelheiten vorgezeichnet, und namentlich die Arbeiten von J. Kaup haben die erforderlichen Maßnahmen vollständig zusammengefaßt. Im Gegensatz zur Schulgesundheitspflege sind aber eine ganze Zahl von Maßnahmen zwar schon vor dem Kriege geplant, aber noch nicht in die Tat umgesetzt. In Betracht kommen für die männliche Jugend die Schutzvorschriften der Gewerbeordnung, welche Lebensalter, Arbeitszeit und Berufsgefahren berücksichtigen, dann die Krankenkassen, welche eine frühzeitige Erkennung und Behandlung beginnender Erkrankungen ermöglichen. Eine dringend erforderliche Ergänzung ist die planmäßige Gesundheitsüberwachung in den Fortbildungsschulen durch eigene Schulärzte, die zugleich gemeinsam mit den Lehrern gesundheitlich belehrend wirken. Hier bestehen bei uns erst Anfänge, die sofort nach dem Kriege ausgebaut werden müssen. Die ärztliche Beratung der Berufswahl wird besser in die Zeit der Schulentlassung gelegt. Größere Aufmerksamkeit ist der körperlichen Ausbildung zu schenken, u. a. durch Urlaub für Wanderungen, einen freien Wochennachmittag und durch weitere Fortbildung des Wehrturnens. Die Angliederung des Pflichtunterrichts an die Fortbildungsschule schließt die Forderungen ab, die überhaupt diese zum Mittelpunkt der Gesundheitsmaßnahmen für dieses Lebensalter machen wollen. Möglichst langer Zusammenhalt der Familie, Ledigenheime und Lehrlingsheime statt Schlafstellen, belehrende Vorträge über die Gefahren des Alkoholmißbrauchs und des Geschlechtsverkehrs ergänzen diese Maßnahmen. Immer muß dabei bedacht werden, daß es sich um ein Lebensalter mit beginnender Selbstverantwortung handelt, das wirksamer durch Überzeugung als durch Zwang gewonnen wird.

b) Berichterstatter: Frau Direktor Deutsch (Berlin).

Der Krieg hat gezeigt, daß die deutsche Frau in allen hauswirtschaftlichen Angelegenheiten nicht die Fertigkeit und Umsicht besitzt, wie sie die Not der Zeit dringend erforderte. Dagegen zeigte sich die schon im Frieden berufstätige Frau auf den Gebieten der Erwerbs- und Berufsarbeit den an sie gestellten höheren Anforderungen in ausreichender Weise gewachsen. Die kommenden Zeiten werden an die Leistungen der Frau als Berufsarbeiterin keine geringeren Anforderungen stellen; die Frau wird daher in dieser Beziehung nach wie vor zu guten Leistungen zu befähigen sein. In erhöhtem Maße wird sich aber als Damm gegen die von Osten drohende Gefahr die Notwendigkeit erweisen, die Frau für den Beruf als Mutter und Hausfrau heranzubilden, um auf diese Weise die Erziehung und Erhaltung eines kräftigen und zahlreichen Nachwuchses sicherzustellen. In Anbetracht der bisher dieser Notwendigkeit entgegengebrachten Gleichgültigkeit verlangt die Erhaltung des Volkstums schnelles und durchgreifendes Einschreiten. Es muß dies auf eine die gesamte weibliche Jugend umfassende Weise, und zwar so geschehen, daß die dafür aufzubringenden Mittel und die dafür zu schaffenden Einrichtungen sich herbeiführen lassen, ohne durch die Höhe der

Kosten die ganze Einrichtung zu gefährden. Von diesem Gesichtspunkt aus wird die Schaffung einer Hausfrauen- und Mutterschule durch Reichsgesetz vorgeschlagen. Diese Schule müßte als selbständige Einrichtung je nach dem Bildungsgrad der schulentlassenen Mädchen ein oder zwei Jahre mit 8 Wochenstunden gehen. Die Arbeit für den Erwerb oder die Ausbildung für den Beruf könnten zur gleichen Zeit stattfinden. Jede schon bestehende Schule, sofern sie das Lehrziel der Hausfrauen- und Mutterschule aufnimmt, müßte Befreiungsberechtigung erhalten. Die Lehrpläne dieser Schule könnten je nach Art der Lehrkräfte und je nach Art der einrichtenden Bevölkerung verschieden sein, nur das Lehrziel müßte einheitlich sein. Auf diese Weise könnte jede Gemeinde die schon bei ihr bestehenden Einrichtungen und die etwa vorhandenen geeigneten Lehrkräfte, z. B. befähigte Praktikerinnen, zweckmäßig für die Schule verwenden. Die Aufgaben der Jugendpflege, die in geistiger und körperlicher Erziehung des Nachwuchses bestehen, müßten von der Hausfrauen- und Mutterschule pflichtgemäß aufgenommen werden.

Aussprache. Lic. Weber erklärt, daß der Rückgang der Geburten in den Großstädten durch Wohlstand usw. bedingt sei. Man müsse die Säuglingspflege ausbauen und die Wohnungsverhältnisse verbessern. Der Hebammenstand sei zu heben, auch Frauen aus besseren Ständen müßten in diesen Stand eintreten. In der Fürsorge der Schulentlassenen seien jetzt in Kriegszeiten die Erlasse der kommandierenden Generale gegen Kinos, Rauchen usw. sehr zu begrüßen und als gutes Beispiel zu empfehlen.

Dr. Bornstein (Leipzig) befürwortet den Schutz der Schwangeren. Die Schwangere soll bei der Kriegsfürsorge als Doppelwesen gelten und dementsprechend unterstützt werden.

Clauss (Hamburg) betont, daß die Errichtung von Mutter- und Haushaltschulen auch Anhänger in der Männerwelt habe, aber den Doppelberuf — Erwerbsleben und Familienleben — könne die Frau auf die Dauer nicht leisten.

Fräulein Kantorowicz (Berlin) schildert die Arbeit der Zentrale für Jugendfürsorge in der Kleinkinderfrage. Der Kinderhandel kommt in Zeitungsanzeigen zur Erscheinung und wird seit einiger Zeit eifrig durch Ermittlungen verfolgt. Die endgültige Regelung wird lokalen Vereinigungen übertragen, so daß das Kind nicht unkontrolliert verschwinden konnte. Es wird auch eine schwarze Liste über die unzuverlässigen Ziehmütter geführt. Endlich befürwortet Rednerin die Pflegestellenvermittlung und den Ausbau der Säuglingsfürsorgestellen zu Kleinkinderfürsorgestellen. Die Adoption von Kriegervollwaisen, oft verlangt, war wegen des Mangels an Kriegervollwaisen glücklicherweise nur selten möglich.

Fräulein Dr. Gertrud Bäumer (Berlin): Die Frage nach den Frauenberufen, welche die Mutterschaft am stärksten schädigen, muß eingehend untersucht werden. Die hauswirtschaftliche Bildung aller Mädchen hat die Frauenbewegung schon immer gefordert. Nutzbringend würde aber nur eine ununterbrochene halbjährliche hauswirtschaftliche Bildung sein, und zwar ehe die berufliche Ausbildung nach der Schule anfängt.

Fräulein v. Gierke (Charlottenburg): Man müsse neben der hygienischen auch eine soziale Schulkinderfürsorge schaffen, die eingreifen soll, wo zwischen Schule und Elternhaus eine Lücke klafft. Die Maßnahmen werden im einzelnen geschildert.

Prof. Mayet (Berlin) schlägt für die Mutterschaftsversicherung eine Reichswochenhilfe vor für alle Frauen und Mädchen zwischen 16—45 Jahren gegen einen Wochenbeitrag von nur 30 Pfennigen. Der Plan läßt sich durchführen und hat nicht nur ein ideales Interesse der Frau, sondern ist ein Volksinteresse; daneben kann auch die Krankenkassenwochenhilfe weiterbestehen. Die Krankenkassen werden durch die Vorschläge nicht erheblich mehr belastet.

Prof. Anton (Halle a. S.) hebt hervor, daß die Qualität über die Zahl des Nachwuchses entscheidet, daher soll die Fürsorge für die Kinder mit der Fürsorge für die Mutter beginnen.

Fräulein Clara de Lamotte (Speyer): Auch Unterricht in der Kinder- und Krankenpflege ist neben dem hauswirtschaftlichen Unterricht erforderlich. Erlaubnis zur Ehe soll von dem Nachweis häuslicher Ausbildung abhängig sein.

Ed. Gräf (Frankfurt a. M.) schlägt freie ärztliche Hilfe für die ganze Familie vor. Dazu müsse die Krankenversicherung erweitert werden. Es muß freie Ent-

bindung, freie Hebammenpflege garantiert werden. Redner verlangt ein Verbot des Ammenwesens, solange die Amme selbst ein Kind zu nähren hat.

Prof. Kohlrausch (Hannover) tritt für die körperliche Erziehung durch Turnen, Wandern, hauptsächlich aber das Jugendspiel, ein. Die Jugendspiele schärfen Sinne und Aufmerksamkeit und wirken günstig auf Entwicklung von Herz und Lunge. Es sei nötig, Spielplätze und pflichtmäßige Spielnachmittage zu schaffen.

Lembke (Berlin): Für ländliche Verhältnisse sei die Jugendarbeit schwerer; denn es fehle an allen Hilfskräften.

Dr. v. Hainisch (Wien) glaubt, daß die Säuglingspflege auf dem Lande viel leichter sei als in der Stadt. In seinem örtlichen Bezirk wurde durch Belehrung. ohne besondere Kosten, die Sterblichkeit der Kinder herabgedrückt.

Fräulein Elisabeth Lange (Breslau) ist gleichfalls für einen gesetzlichen Zwang der häuslichen Ausbildung. Die Wehrpflicht der Mädchen soll tüchtige Hausfrauen und Mütter heranbilden, dann aber auch die Stellung der Frau zum Volke verändern. Endlich könnte die Dienstpflicht zahlreichen Frauen Berufstätigkeit verschaffen. Der Ausbau des Planes der Dienstpflicht ist Sache aller Parteien. In Breslau hat sich ein Bund für Dienstpflicht gebildet, der mit Wort und Schrift für den Gedanken werben will.

III. Therapeutische Notizen.[1])

Romauxan, ein eisenhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel. Von Dr. Scheffen (Köln a. Rh.). Das aus Milcheiweiß hergestellte, sehr leicht lösliche, gut schmeckende Präparat kann man der Milch, aber auch anderen Nahrungsmitteln (nur nicht sauer reagierenden Flüssigkeiten!) zusetzen. Es enthält 1% Eisen, 5% Phosphorsäure, 12% Stickstoff und besitzt den hohen Energiewert von 440 Kalorien. Verf. hat es mit bestem Erfolge bei nervösen und anämischen Erscheinungen angewandt, speziell bei Schulanämie, Skrofulose, Anämie nach Blutverlusten, Chlorose, Neurasthenie, bei in der Entwicklung zurückgebliebenen Kindern und stillenden Müttern. Es ist ein ausgezeichnetes Nähr- und Kräftigungsmittel, ein vorzüglicher Blutbildner. Man gibt Erwachsenen täglich 5—6 g (= 2—3 gehäufte Kaffeelöffel), Kindern die Hälfte. Preis: 25 g M. 0,80 und 50 g M. 1,50.

(Klin.-therap. W. 1915 Nr. 43.)

Eine in Vergessenheit geratene interne Behandlung der Anginen bei Kindern bringt J. Zappert in Erinnerung. Es handelt sich um Zyanquecksilber, das Verf. bei etwa 20 Fällen von Angina der verschiedensten Art mit Erfolg anwandte, denen nur das eine gemeinsam war: ein rasch sich entwickelnder Belag auf den Tonsillen; also Tonsillarerkrankungen mit oberflächlicher Exsudation. Bei Affektionen mit starker parenchymatöser Entzündung und rascher Schwellung der Mandeln versagte das Mittel. Dagegen bewährte es sich bei Diphtherie, wo bei Unterstützung der Serumtherapie durch Zyanquecksilber das Sinken des Fiebers und das Schwinden der Beläge früher und prompter erfolgte als bei bloßer Serumtherapie. Verf. verschrieb:

Rp. Hydrarg. cyanat. 0,01
Saccharin 0,05
Aq. font. 100,0
D. S. stündlich 1 Kinderlöffel.

Die stündliche Verabfolgung führte er je nach dem Alter des Kindes und der Schwere des Falles 6—8—10 Stunden durch, dann gab er das Mittel 2stündlich oder ließ es nach größerer Nachtpause am nächsten Tag wieder stündlich darreichen. (W. m. W. 1915 Nr. 44.)

Zur Verhütung der Brustentzündung. Von P. Strassmann (Berlin). Daß das „Hineinbringen kleiner Unreinlichkeiten“ zum Ausgang einer Eiterung und wochenlanger Krankheit führt, ist allgemeine Annahme. Wie eine ewige Krank-

---

[1]) Wir werden fortan in dieser Rubrik auch nicht speziell pädiatrische Notizen, besonders aus dem geburtshilflich-gynäkologischen Gebiet, bringen, da solche unseren Leserkreis ebenfalls interessieren dürften. Die Red.

heit erbt sich durch alle Bücher das Gesetz fort, daß „die Schwangere ihre Brüste durch Betupfen mit Alkohol oder Franzbranntwein abhärten“ soll. Verf. erblickt hierin eine der Ursachen für die Mastitis und ihre Häufung in besseren Ständen. Denn diese können sich in Gewissenhaftigkeit mit Härtung durch Alkohol nicht genug tun. Nun erfrage man einmal die Frauen, was und wie verwendet wird: Spiritus (niedriger und hoher Konzentration), Brennspiritus, Franzbranntwein aus der Apotheke, Rum und ähnliches. Nach seinen Erkundigungen wird dieser Alkohol an die Warze herangebracht mit dem Finger!, mit der Handfläche, mit Watte oder Läppchen, auch wird die Warze gebürstet!, selbst mit der Zahnbürste, mit einer besonderen, aber auch bisweilen mit einer alten, anderweitig gebrauchten, gelegentlich bis zum Blutaustritt. Der Alkohol wird „von Zeit zu Zeit“ — einen Tag um den anderen — morgens und abends — verwendet, die letzten Monate, aber auch die ganze Schwangerschaft hindurch. Diese Alkoholbehandlung sieht Verf. hier — und auch im Wochenbette — als grundfalsch an. Er rechnet dazu auch Glyzerin, bekanntlich ein wasserentziehender Alkohol, Mischungen von Glyzerin mit Spiritus und ähnliches. Die Haut der Brust muß geschmeidig sein und gehalten werden. Die Folge der Alkoholbehandlung der Brust ist, wie überall, daß die Haut hart wird und springt. Jede harte Haut bekommt leicht kleine Sprünge, an der Brustwarze sind dies die Tore zur interstitiellen Mastitis mit Abszessen. In den Ausführungsgängen der Brust vegetieren regelmäßig Staphylokokken. Sie werden so in der Schwangerschaft eingeschlossen, und wenn die Sekretion aus den gehärteten Milchgängen Schwierigkeiten findet, dann finden sie ihren Brutraum. Die schonendste und richtige Behandlung der Brustwarze in der Schwangerschaft ist, daß sie mit kaltem Wasser ohne viel Berührung mit der Hand oder einem besonderen Lappen vorsichtig gewaschen wird und daß gelegentlich, wenn die Haut trocken ist, mit einem Läppchen oder Tupfer und reinem Lanolin bedeckt wird. Fort mit der Alkoholabhärtung! Eine zweite Ursache zur Entzündung der Brustwarze bietet die Behandlung mit Wasser im Wochenbett. Verf. verwirft auch die Benutzung des Wassers nach dem Anlegen. Wird die Brustwarze jedesmal vor und nach dem Trinken gewaschen, so bedeutet dies 10—14mal innerhalb 24 Stunden gewaschen. Die Haut mazeriert und wird im Epithel geschwächt. Sie erholt sich, sobald das Wasser weggelassen wird. Wenn eine Kuh sehr oft und energisch bei dem Melken abgewaschen oder geseift wird, bekommt sie sehr bald ein wundes Euter. Nach dem Trinken darf überhaupt nicht Wasser an die Brust herangebracht werden, sondern es muß ein Salbenläppchen, bis sich die Warze dem Saugen angepaßt hat, aufgelegt werden, um der Haut natürliche Geschmeidigkeit zu erhalten. Nur Salben sind, am besten mit Perubalsam (2—5% Resorbin), ratsam. Vor dem Trinken ist durch ein vorsichtiges Abtupfen mit einem Wattetupfer und abgekochtem Wasser der Rest der Salbe zu entfernen. Jedes Scheuern ist zu verbieten. Die dritte, längst nicht genug berücksichtigte Maßnahme zur Verhütung der Mastitis muß besonders dem Pflegepersonal eingeschärft werden, sie lautet: daß die Brustwarze unter keinen Umständen berührt werden darf, weder vom Arzt, noch von der Pflegerin, noch von der Mutter selbst! Nach dieser Richtung muß mindestens ebenso strenge Zurückhaltung geübt werden wie mit der Berührung der inneren Genitalien unmittelbar nach stattgehabter Entbindung. (Zbl. f. Gyn. 1915 Nr. 21.)

Über Teerbehandlung des chronischen Ekzems. Von Dr. Thedering (Oldenburg). Es ist keine Frage, daß es Individuen mit teerempfindlicher Haut gibt; noch weniger kann es zweifelhaft sein, daß derartige unerwünschte Nebenerscheinungen der Teerbehandlung vorwiegend dem gleichzeitigen Gebrauch von Teer und Seife ihre Entstehung verdanken. Alle Ekzeme, mit Ausnahme der seborrhoischen, sind an sich wasserempfindlich; am empfindlichsten gegen Wasser ist die eingeteerte ekzemkranke Haut. Die landläufig übliche Verordnung, die „Flechte“ vor jeder Teereinpinselung kräftig mit „grüner“ Seife, Teerschwefelseife usw. zu traktieren, muß daher als vollkommen fehlerhaft bezeichnet werden. Es ist ein ähnliches Verhältnis, wie beim Herpes tonsurans die Brüskierung der Haut gleichzeitig mit Jod und Kaliseife. Hier wie dort ist die Folge ein hartnäckiges vesikuläres oder pustulöses Reizekzem, das den Heilverlauf nicht selten in unerwünschtester Weise kompliziert und in die Länge zieht. Statt dessen verfahre man folgendermaßen: 4 Tage lang wird der Ekzemherd mit Teer morgens und abends eingepinselt ohne Seifenwaschung. Die nächsten 3 Tage morgens und abends Einreibung mit 2%iger Salizylsalbe ohne Seifenwaschung. Am

8. Tage einmalige Waschung mit Kaliseife zur Entfernung des gelösten Teerschorfes. Dann kann der gleiche Turnus wiederholt werden. Man wird erstaunt sein, wie reaktionslos der Teer in dieser milden Form ertragen wird; daß selbst subakute Fälle ihn durchweg dulden; daß nicht allzutief reichende Ekzeminfiltrate meist prompt resorbiert werden; ja, daß selbst nässende chronische Ekzemherde fast immer überraschend schnell, manchmal schon in 24 Stunden, austrocknen. Freilich ist nicht zu leugnen, daß die vollständige Heilung des chronischen Ekzems mit Teer nicht in allen Fällen und in jeder Form gelingt. Die lichenoiden chronischen Ekzeme, namentlich die verrukösen des Unterschenkels, sind kein geeignetes Objekt für Teerbehandlung. Auch ist die reaktive Reizkraft des Teeres mächtig entwickelter Infiltration der Haut nicht gewachsen. Hier beginnt eben die Domäne der Röntgenstrahlen. (D. m. W. 1915 Nr. 11.)

Behandlung der Dysmenorrhoe mit Jodtropon. Von Dr. Lévy-Dupan. Seit etwa 2 Jahren verwendet Verf. bei der Behandlung der funktionellen Dysmenorrhoe mit Vorliebe Jodtropon und erzielte damit in 70—80% der Fälle guten Erfolg. Die Versager sind durch die Natur des Leidens bedingt, lassen sich aber durch präzise Indikationsstellung fast vermeiden. Für gewöhnlich läßt Verf. kurz vor dem Eintritt der Menses mit dem Einnehmen des Jodtropons beginnen und verordnet 3mal täglich 1—2 Tabletten, womit bis gegen Ende der Periode fortzufahren ist. Die Resultate haben Verf. so befriedigt, daß er Jodtropon als zuverlässig wirkendes Mittel zur Bekämpfung der Beschwerden der essentiellen Dysmenorrhoe warm empfehlen kann. Die Mehrzahl der Kranken wurde von ihren Beschwerden völlig befreit; das war vornehmlich bei jungen Mädchen der Fall. Verf. war mehrfach in der Lage, 3—4 aufeinanderfolgende Menses zu beobachten. (Schweiz. Corr.-Bl. 1914 Nr. 49.)

Zur Behandlung der Amenorrhoe mit Hypophysenextrakten. Von Dr. Erich Kosminski. (Aus Dr. Abels Privat-Frauenklinik in Berlin.) Es wurden behandelt: 7 Fälle von angeborenem Infantilismus (Hypoplasie, Spätentwicklung), 3 Fälle von Subinvolutio uteri (Dysplasie e lactatione), 3 Fälle von Adipositas, 3 Fälle mit präklimakterischer Amenorrhoe, 5 Fälle von nervösen Beschwerden (Neurasthenie, Hystero-Epilepsie) und 5 Oligomenorrhoische (Erkältung, Adnexerkrankungen usw.). Bei all diesen differenten Ätiologien trat nach wenigen Injektionen prompt Blutung auf. Bisweilen stellten sich als unangenehme Begleitsymptome Schwindel und Ohrensausen ein, die aber bald schwanden. Das Allgemeinbefinden hob sich fast immer, was zuweilen von den Patientinnen spontan betont wurde. In einem Falle von Infantilismus war die Blutung nach 10 Spritzen so stark, daß ein Secaleinfus verordnet werden mußte. Die Injektionen wurden im allgemeinen einen Tag um den anderen verabfolgt. Es empfiehlt sich, wenn eine Injektionsreihe Blutungen hervorgerufen hat, bis zum nächsten Menstruationstermin zu warten und kurz vor diesem 2—3 Spritzen zu verabreichen. Oft genügen diese, um die verzögerte Periode wieder in Gang zu bringen. Bei den Fällen, in denen durch Erkältung, nervöse Einflüsse usw. die Periode nicht pünktlich eintritt, kann man mitunter mit einer einzigen Spritze Heilung herbeiführen. Denn bisweilen bleibt bekanntlich (vielleicht infolge psychischer Einflüsse) die Periode mehrmals aus, die bei einer Injektion nach der ersten Cessatio schon ihren normalen Verlaufstypus eingehalten hätte. In zwei Fällen sah Verf. bei bisheriger Amenorrhoe vikariierendes Nasenbluten auftreten. Bei den präklimakterischen Fällen leistete die gleichzeitig erfolgende Verabreichung von Ovaradentriferrin gute Dienste. Zusammenfassend kann Verf. diese Behandlung der Amenorrhoe in allen ätiologisch nicht klaren Fällen als sehr erfolgreich und bei Mißerfolgen als absolut unschädlich dringend empfehlen. Aufgabe weiterer genauer Beobachtung wird es sein, die geeigneten Fälle herauszufinden, jedenfalls kann man als ziemlich sicher annehmen, daß eine große Zahl von Amenorrhöen auf eine Hypofunktion des Hirnanhanges zurückzuführen ist und daß die Fälle, die nicht auf Hypophysenmedikation reagieren, ätiologisch anders bewertet werden müssen. (D. m. W. 1914 Nr. 33.)

Uteramin-Zyma hat Dr. V. Mandler (Kaiser-Franz-Josef-Ambulatorium in Wien) in der gynäkologischen Praxis mit Erfolg angewandt. Als Styptikum bewährte es sich bei den Menorrhagien und Metrorrhagien (Endometritis post abortum, Metropathien, Retroversioflexio uteri, Adnextumoren, Subinvolutio uteri, nach Curettement wegen Abortus usw.). (B. kl. W. 1914 Nr. 43.)

IV. Neue Bücher.

F. Lange und H. Spitzy: **Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter.** Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis: M. 10.—.

Das Werk — der 5. Band (1. Ergänzungsband) des Pfaundler-Schlossmannschen „Handbuchs der Kinderheilkunde" — ist in 2. Auflage erschienen, die noch reicher illustriert ist als die erste (das Buch enthält 25 farbige Tafeln und 258 Textfiguren) und auch im Text zahlreiche Verbesserungen und Vermehrungen aufweist. Die Verff. haben alle Neuerscheinungen berücksichtigt und auch dem Wandel mancher Anschauungen Rechnung getragen, die sich im Laufe der letzten 3 Jahre gezeigt haben. Hat das Werk sich schon früher als eine sehr wertvolle Bereicherung unserer Literatur erwiesen, so ist es in der jetzigen Gestaltung noch brauchbarer geworden und wird sicherlich zu den alten Freunden viele neue hinzubekommen. Grätzer.

B. Alexander: **Die ostealen Veränderungen bei kongenitaler Syphilis.** Leipzig, J. A. Barth. Preis: M. 20.—.

Ein höchst wichtiges Gebiet ist es, das uns der bekannte Radiologe hier in 35 eigenhändigen Zeichnungen nach Plattenbildern, 28 Röntgenbildern, auf 18 Tafeln und mit einem prägnanten, klaren Text vorführt. Diese von dem Verlage ausgezeichnet ausgestattete Monographie wird bei jedem Pädiater hohes Interesse erregen. Grätzer.

Inauguraldissertationen
(aus deutschen Universitäten).

Beermann, Emilie, Angeborene Herzmißbildungen, unter Zugrundelegung zweier Fälle von Isthmusstenose der Aorta, der eine Fall kombiniert mit gemeinsamem Ursprung der Aorta und Arteria pulmonalis aus dem rechten Ventrikel (München). — **Dutsch, K.,** Pericholangitis gummosa und Pneumonia syphilitica bei einem fast 2jährigen Kinde (Heidelberg). — **Fischer, M.,** Über Blasendivertikel, unter Berücksichtigung eines durch Operation geheilten Falles von angeborenem Divertikel (Straßburg). — **Frenzel, E. R.,** Über die Regeneration des Herzmuskels bei diphtherischer Myokarditis (Leipzig). — **Frey, F.,** Erhebungen über die Säuglingsernährung in der Gemeinde L. und einige Erfahrungen bei poliklinischer Behandlung von Ernährungsstörungen (Tübingen). — **v. Goetzen, C.,** Die Abnahme der Myopie während der letzten 6 Jahre in einem Münchener Knabeninternat (München). — **Hauser, H.,** Zwei Fälle von sogenanntem kongenitalem Femurdefekt (München). — **Hausmann, E.,** Ein Vergleich des Geburtsverlaufes und Stillgeschäftes bei den oberen und arbeitenden Klassen (Straßburg). — **Heimann, Anna,** Nierentumoren im Kindesalter auf Grund der in der chiurg. Universitätsklinik zu Freiburg i. B. beobachteten Fälle (Freiburg). — **Henrichsen, A.,** Über die forensische Bedeutung gewisser Sektionsbefunde Neugeborener (Würzburg). — **Herter, P.,** Zur Frage der juvenilen retinalen Hämorrhagie (Heidelberg). — **Raschdorff, M.,** Ein angeborenes Lymphangioma racemosum (Greifswald). — **Schlicht, J.,** Kasuistische Beiträge zur Lehre von der juvenilen Paralyse (München). — **Schneiderhöhn, O.,** Die Therapie bei der Hirschsprungschen Krankheit (Straßburg). — **Staffler, H.,** Prognose intra partum erworbener Frakturen (Halle). — **Stern, E.,** Zur Statistik und Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung Elsaß-Lothringens (Straßburg). — **Wagenseil, F.,** Eine Entwicklungshemmung der Mesenterien, (sog. Mesenterium commune) verbunden mit anderweitigen Hemmungsbildungen (München).

V. Monats-Chronik.

Petersburg. Gestorben Prof. Dr. Rauchfuß.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. Februar 1916. Nr. 2.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Ingeborg Jacobsen und **Adolph H. Meyer** (Kopenhagen), Untersuchungen über den Keuchhustenbazillus (Bordet-Gengouschen Bazillus). (Archiv f. Kinderhlk. 64. Heft 5 u. 6.) Ausgedehnte Untersuchungen mittels Ausstrichen, Agglutination und Komplementbindung führen die Verff. zu folgenden Schlüssen: Komplementbindung eines Menschenserums mit dem Bordet-Gengouschen Bazillus als Antigen macht es überaus wahrscheinlich, daß das betreffende Individuum den Keuchhusten hat oder kürzlich hatte. Das Ausbleiben der Reaktion ist dagegen kein sicheres Zeichen dafür, daß das Individuum die Krankheit nicht hat oder kürzlich hatte, indem die Komplementbindung erst etwa in der 3. oder 4. Krankheitswoche einzutreten scheint und nach Verlauf weniger Monate schwinden kann, in einzelnen Fällen noch schneller, in seltenen Fällen sogar ganz auszubleiben scheint. Im großen und ganzen haben die Untersuchungen die Entdeckungen Bordets und Gengous bestätigt, und diese Autoren haben den von ihnen im Jahre 1906 beschriebenen Bazillus mit Recht als den Keuchhustenbazillus bezeichnet. Ein historischer und literarischer Überblick vervollständigt die Arbeit.

Hecker (München).

L. Bernhard (Berlin), Über den Einfluß der Sommerferien auf Diphtherie- und Scharlachsterblichkeit. (Ebenda.) Die Frage, ob durch die Schule eine nennenswerte Verbreitung von Scharlach und Diphtherie stattfindet, ist nicht völlig geklärt. Verf. versucht, die Frage auf neuem Wege zu lösen, indem er den Einfluß der Ferien auf die Häufigkeit von Diphtherie und Scharlach dadurch prüft, daß er die Statistik Berlins mit derjenigen einiger rheinischer Städte vergleicht, in welchen die Sommerferien 4—6 Wochen später beginnen als in der Reichshauptstadt; dabei wurde ein Zeitraum von 10 Jahren zugrunde gelegt. Ein gewisser Einfluß der Ferien auf die Sterblichkeit an Diphtherie ist unverkennbar, insofern in Berlin der Juli, in den rheinischen Städten der August, also die entsprechenden Ferienmonate, die niedrigsten Sterblichkeitszahlen aufweisen; die Unterschiede sind aber gegenüber dem vorhergehenden und dem folgenden Monat gering und sind zum Teil dadurch zu erklären, daß in der Ferienzeit ein großer Teil der Kinder die Stadt verläßt. Ebensowenig zeigt sich beim Scharlach ein auffallender Unterschied. Die großen Ferien haben also für die Zahl der Todesfälle an Diphtherie und Scharlach keine Bedeutung. Die Ursachen

für Verbreitung dieser Infektionskrankheiten liegen zum Teil gewiß in der Schule, im wesentlichen aber in anderen Dingen.
Hecker (München).

S. T. Sörensen (Kopenhagen), Vier Fälle von Lähmung bei Keuchhusten. (Ebenda.) Beschreibung der vier klinisch seltenen Fälle; als Ursache wird Toxinwirkung bei neuropathisch belasteten Individuen angenommen. Hecker (München).

Leonhard Voigt (Hamburg), Bericht über im Jahre 1914/15 erschienene Schriften über Schutzpockenimpfung. (Ebenda.)
Hecker (München).

F. Goetzky und **F. Weihe,** Über die Bedeutung der Epiphysenschatten beim Myxödem. (Ztschr. f. Kinderhlk. 11. 1914 S. 179—190.) Die normale Epiphyse des wachsenden Knochens markiert sich auf dem Röntgenbilde als eine feine, scharfe Linie. Unter pathologischen Verhältnissen kommt es zur Schattenbildung in Form von mehreren Querstreifen, so z. B. als Symptom der Knochenatrophie bei Poliomyelitis, Myatonia congenita und chronischer Arthritis. Bei heilender Rachitis ist die Querstreifung ein Symptom wiederbeginnender Kalkablagerung. Nicht genügende Beachtung fand die Querstreifung beim Myxödem. Die Verff. konnten bei einem Myxödem das regelmäßige Auftreten zahlreicher, den Jahresringen beim wachsenden Baum gleichenden Querschnitten an sämtlichen Knochen nachweisen. Sie sind als Ausdruck eines periodischen Wachstumsstillstandes im Sinne von Dieterle aufzufassen.
Schick.

Z. v. Bókay, Über eine besondere Form der Alveolardiphtherie bei Säuglingen. (Ebenda. 11. 1914 S. 191—192.) Zwei Säuglinge zeigten eigentümliche, schwappend ödematöse, hämorrhagische Schwellungen der Alveolarfortsätze, die sich später membranös belegten. Diphtheriebazillen positiv. In einem Falle wurde das entzündliche Ödem so stark, daß ein zystenähnliches Gebilde entstand. Für die eigentümliche Lokalisation der Veränderung dürfte der Saugakt verantwortlich sein. Schick.

R. Hess u. S. Gordin, Plethysmographische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern. (Ebenda. 10. 1914 S. 353 bis 364.) Bestimmungen des Blutvolums im Arm sind wegen Unruhe der Kinder schlecht durchzuführen, insbesondere sind fortlaufende Beobachtungen von Volumschwankungen der Extremitäten nicht gut zu verwerten. Kürzer dauernde Beobachtungen ergeben brauchbare Resultate, die mit den Befunden bei Erwachsenen übereinstimmen. Kältereize führen zur Verkleinerung des Lumens der Gefäße und Herabsetzung ihres Füllungszustandes, Erwärmung zur Erweiterung. Bei einem Falle von Raynaudscher Erkrankung ergaben sich geringe Störungen der normalen Gefäßreaktion. Schick.

Th. Franz und **A. v. Reuss,** Beiträge zur Kenntnis des Harnes der ersten Lebenstage. (Ebenda. 11. 1914 S. 193—229.) Während der ersten Lebenstage wird meist Eiweiß ausgeschieden.

Im Gegensatz zu Heller finden die Verff. auch im „fötalen“ ersten Urin, welcher stets klar farblos ist, wenigstens in der Hälfte der Fälle eine schwache Trübung auf Essigsäurezusatz und etwa in einem Drittel eine zarte Trübung des Filtrats der Essigsäurefällung nach Zusatz von Eiweißlösung. In einem Falle trübte sich das Infiltrat auf Ferrozyankaliumzusatz. Die Eiweißmengen sind aber stets äußerst gering. Das frühzeitige Auftreten der Albuminurie spricht für einen Zusammenhang derselben mit den infolge des Geburtsvorganges auftretenden Zirkulationsänderungen. Entscheiden ließe sich dies durch Untersuchung von Kaiserschnittkindern, bei denen der Eingriff bei stehender Blase und geringer oder fehlender Wehentätigkeit vorgenommen wurde. Jedenfalls ist die Albuminurie eine physiologische Erscheinung. Untersuchung des Harns auf Zucker ergab niemals ein positives Resultat. Indikan läßt sich in geringen Mengen fast in allen Fällen nachweisen. Schick.

J. A. Schabad, Der Stoffwechsel bei angeborener Knochenbrüchigkeit (Osteogenesis imperfecta). (Ebenda. 11. 1914 S. 230—263.) Die Erkrankung ist charakterisiert durch eine schon intrauterin entstandene Knochenbrüchigkeit, so daß das Kind mit mehreren, manchmal zahlreichen, nicht selten schon abgeheilten Knochenbrüchen zur Welt kommt und im extrauterinen Leben wieder neue Knochenfrakturen erleidet. Die Kinder gehen meist nach mehrmonatiger Lebensdauer an sekundären Infektionen zugrunde. Bei einem Fall eigener Beobachtung, der ausnahmsweise das 11. Jahr erreichte. hatte Verf. Gelegenheit, Stoffwechselversuche vorzunehmen, der niedrige Kalkretentionswerte ergab. Von therapeutischen Mitteln hatte nur Phosphorlebertran einen günstigen Einfluß auf den Kalkstoffwechsel und auf die Stickstoffbilanz. Schick.

H. Rehn (Frankfurt a. M.), Über das Vorkommen der Rachitis in größeren Höhen. (Kind.-A. 1915 Nr. 12.) Verf. entnimmt die Angaben Erhebungen aus weit zurückliegender Zeit (Sommer 1895), welche er gelegentlich eines Aufenthaltes in der Schweiz zu machen in der Lage war.

Dieselben erstreckten sich auf die bekannten Höhenkurorte

1. Grindelwald (1057 m ü. d. M.) und
2. Zermatt (1620 m).

Aus diesen erhellt, daß

1. die Rachitis auch in großen Höhen vorkommt, daß sie
2. hier ausschließlich an die künstliche Ernährung gebunden ist, dagegen aber
3. in ihrer Gradentwicklung durch die bei Säuglingen geübte Freiluftkur, in Verbindung mit den bekannten Heilfaktoren des Höhenklimas, eine erhebliche Einschränkung erfährt. (Von Höhenkuren hereingebrachten Rachitisfällen spricht Verf. hier nicht.)
4. Von großem Interesse ist ferner das Fehlen des Stimmritzenkrampfes bei den Rachitikern in Grindelwald. Es geht daraus hervor, daß derselbe, bzw. die Spasmophilie, mit dem eigentlichen rachitischen Prozeß nichts zu tun hat.

5. Endlich hat Verf. die Mitteilung, daß den Kindern schon von Geburt an unverdünnte Kuh- oder Ziegenmilch ohne sichtliche Nachteile gereicht wird, natürlich im höchsten Grade überrascht.

Wie ist dies mit unseren Anschauungen und Anordnungen zu vereinen, die wir mit $^1/_3$ Milch beginnen, um erst im 6. oder 7. Monat zur Vollmilch überzugehen? Grätzer.

Arthur H. Kettner (Charlottenburg), Das erste Kriegsjahr und die großstädtischen Volksschulkinder. (D. m. W. 1915 Nr. 48.) Die Untersuchungen ergaben, daß schon das erste Kriegsjahr einen deutlichen Einfluß auf die körperliche Entwicklung der Schulkinder ausgeübt hat. Dabei ergaben sich nach verschiedenen Richtungen hin mit Bezug auf die Geschlechter, die verschiedenen Altersstufen, sowie für die Zeiten vor und nach dem Kriegsbeginn mannigfache wertvolle Einzelheiten, die demnächst in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden sollen, zumal auf diesem Gebiete in der Literatur bisher nur „Durchschnittswerte“ veröffentlicht wurden, die nur zu leicht zu Trugschlüssen führen können und die wissenschaftliche Statistik zu schädigen geeignet sind.

Bei der großen Wichtigkeit aber, die diese Frage für unsere gesamte Volksernährung hat, zumal falls, wie es den Anschein hat, der Krieg noch längere Zeit andauern sollte, hielt Verf. es für angezeigt, in dieser vorläufigen Mitteilung die wichtigsten Befunde mitzuteilen, damit sie von anderer Seite nachgeprüft und ergänzt werden können.

Um aber seine heutigen allgemein gehaltenen Angaben nicht durch lange und ermüdende Zahlenreihen zu beeinträchtigen, muß Verf. vier Kurven veröffentlichen, die bei Knaben und Mädchen die deutlichsten Resultate ergeben haben.

Abgesehen von den vielen Einzelheiten, die sich aus den Kurven selbst ergeben, lassen sich sowohl für die Gewichts- als auch die Längenzunahmen folgende gemeinsamen Gesichtspunkte festhalten:

1. Die in den Friedensjahren beobachteten großen Zunahmen fehlen im Kriegsjahre ganz oder sind auf ein Minimum reduziert.
2. Die geringeren, dem Nullpunkt näher gelegenen Zunahmewerte zeigen ein dementsprechendes Anwachsen. Die Gipfelpunkte der Maximalwerte verschieben sich nach links.
3. Stillstand und bei den Gewichten auch Abnahmen treten entweder überhaupt erst im Kriegsjahre auf oder ergeben auch dort höhere Werte als in den Friedensjahren.

Diese drei Tatsachen zusammen ergeben eine deutlich nachweisbare ungünstige Beeinflussung durch den Krieg.

Der späteren Arbeit vorgreifend, mag hier ergänzend bemerkt werden, daß diese Verschiebung nach links sich mit gewissen Unterschieden bei beiden Geschlechtern, bei den Mädchen stärker als bei den Knaben, und auch für alle Altersklassen vom 8. bis 14. Lebensjahre beobachten ließen. Die im Beginn geschlechtlicher Entwicklung stehenden älteren Mädchen waren, wie von vornherein erwartet werden mußte, davon am meisten betroffen.

Die wichtige Frage, ob durch diese Einflüsse schon eine direkte Schädigung der Schulkinder eingetreten ist, kann zunächst wohl

verneint werden; dafür spricht wohl auch der Umstand, daß mit dem Arzte auch Rektoren und Lehrer bei subjektiver Betrachtungsweise übereinstimmend zu gleichlautenden günstigen Resultaten gelangt waren, die für den Arzt durch die inzwischen angestellten Reihenuntersuchungen sämtlicher Schulkinder gestützt wurden.

Ob dieser noch nicht ungünstig zu nennende Zustand bei längerer Dauer des Krieges anhalten wird, ist zum mindesten zweifelhaft. Dagegen spricht die ganz zufällig ermittelte Tatsache, daß in der im Durchschnitt von 10jährigen Mädchen besuchten IV O 2-Klasse, die außerhalb des Rahmens der alljährlichen Wägungen auch Anfang Februar 1915 gewogen und gemessen wurden, in den fünf letzten Monaten vor Beginn der großen Ferien von 33 Schülerinnen 2 Gewichtsstillstand und 26 Abnahmen bis zu 2 kg aufwiesen, während nur 5 Gewichtszunahmen zeigten, die aber auch bedeutend hinter den Mittelwerten der Friedensjahre zurückblieben. Ähnlich niedrige Werte wurden auch bezüglich des Längenwachstums festgestellt.

Erneute, an dem ganzen Schulmaterial anzustellende vierteljährliche Wägungen und Messungen, die nach Einholung der Erlaubnis bei der Schuldeputation vorgenommen werden sollen, werden darüber bald völlige Klarheit schaffen.

Aber gemeinsam mit den in obigen Kurven niedergelegten Tatsachen dürfte sie schon jetzt den verantwortlichen Stellen Veranlassung geben, vorbeugende Maßnahmen etwa durch Ausgabe von Brotzusatzkarten an die besonders gefährdeten Altersklassen, von denen vorstehend schon gesprochen wurde, zu ergreifen.

Die sofortige praktische Folgerung aber, die wir aus den vorstehend mitgeteilten Untersuchungen ziehen können, ist, daß wir, denen die ärztliche Überwachung unserer Jugend anvertraut ist, immer wieder von neuem unsere Stimme warnend dagegen erheben müssen, daß aus zwar wohlgemeintem, aber vollkommen mißverstandenem ,patriotischen Gefühl heraus nicht nur seitens der Tagespresse, sondern leider auch seitens mancher Lehrer und Lehrerinnen unsere Schuljugend angehalten wird, sich in ihren Mahlzeiten und besonders in dem mit Unrecht angefeindeten Schulfrühstück Einschränkungen aufzuerlegen, letzteres eventuell sogar ganz fortzulassen.

Grätzer.

Thiele (Chemnitz), Ärztliche Beobachtungen an Teilnehmern eines Armee-Gepäckmarsches. (Ebenda.) 1. Die neuzeitliche Kriegführung erfordert, daß der Körper in jeder Beziehung andauernden Anstrengungen gewachsen ist, ja auch gelegentliche Überanstrengungen ohne Schaden übersteht.

2. Die körperliche Vorbereitung hierzu muß allmählich in denselben Formen erfolgen, die die betreffende Körperanstrengung verlangt (Zuntz und Schumburg).

3. Die der Vorbereitung für den Kriegsdienst gewidmeten Leibesübungen, insbesondere die der Jugend, müssen sich deshalb eng an die im Heere gefordeten und dort erprobten Übungen anschließen. Turnen im engeren Sinne ist ein Teil dieser körperlichen Vorbereitung.

4. Die Bestrebungen der deutschen Turnerschaft, diesen Forderungen durch Veranstaltung von solchen Übungen und Erprobungen

(z. B. von Märschen mit Belastung u. dgl.) zu genügen, muß deshalb mit Dank begrüßt werden.

5. Die größte Widerstandskraft hat der Körper junger Männer im Alter von 18—25 Jahren, die geringste der älterer Männer. Zwischen beiden steht die heranwachsende Jugend vom 14. Lebensjahr ab.

6. Zur Beurteilung des Maßes der Anstrengung, zur Verhütung von Körperschädigungen, zur Ausscheidung ungeeigneter Kräfte ist, zumal bei der dringend notwendigen vermehrten körperlichen Ausbildung der Jugend, die Mitwirkung eines sachkundigen Arztes unerläßlich. Grätzer.

Erich Klose, Alte und neue Probleme der Tetanie des Säuglingsalters. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Greifswald.) (Ebenda. 1915 Nr. 43.) Verf. bespricht die Probleme der elektrischen und mechanischen Übererregbarkeit, den Zusammenhang der Tetanie mit der Rachitis, die Abhängigkeit von der Jahreszeit, die tetanischen Manifestationen an der glatten Muskulatur. Grätzer.

E. Leschke, Über die lokale Behandlung der Diphtherie mit Tribrom-β-Naphthol (Providoform). (Aus der II. Medizin. Universitätsklinik der kgl. Charité in Berlin.) (M. m. W. 1915 Nr. 41.) Verf. ist so vorgegangen, daß er etwa 1 Eßlöffel der 5%igen alkoholischen Providoformtinktur auf ein Glas Wasser in homogener Emulsion mit Hilfe eines kräftigen Zerstäubers hat einatmen lassen. Wenn sich eine genügende Menge der Flüssigkeit in der Rachenhöhle angesammelt hat, wurde damit ausgiebig gegurgelt, und zwar so tief wie möglich, wobei stets etwas von der Flüssigkeit in die Speiseröhre laufen soll, um auch die hintersten Rachenteile zu treffen. Bei der völligen Ungiftigkeit des Mittels können auch größere Mengen schadlos verschluckt werden. Bei Leuten, die besondere Fertigkeit im Gurgeln haben, genügt es wohl auch, möglichst tief und ausgiebig gurgeln zu lassen. Jedoch scheint Verf., daß durch das Einatmen der zerstäubten Flüssigkeit die hinteren Rachenteile wirksamer getroffen werden. Bei Diphtherie des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien wird man zweckmäßig eine konzentriertere Emulsion der Providoformtinktur in Wasser mit einem feineren Zerstäuber inhalieren lassen. Dabei ist besonders darauf zu achten, daß die Emulsion jedesmal frisch bereitet wird, sobald sie auszuflocken beginnt, was schon nach einigen Stunden einzutreten pflegt. Sobald die Ausflockung eintritt, verliert das Mittel seine Wirkung auf die Diphtheriebazillen, und außerdem wird der Inhalationsapparat durch die Flocken verstopft.

Neuerdings hat Verf. auch, um eine größere Desinfektionskraft und Tiefenwirkung zu erzielen, namentlich nach Abstoßen der Beläge, die Mandeln mit der unverdünnten 5%igen Tinktur gepinselt. Da in der Literatur bereits Berichte vorliegen, daß Pinselung mit Jodtinktur die Bazillen schneller zum Verschwinden bringt, ist dies von dem spezifisch wirkenden Providoform um so mehr zu erwarten.

Der klinische Erfolg dieser Behandlung äußert sich zunächst darin, daß die Beläge sich schneller abstoßen. Verf. hat gesehen, daß große Membranen bis zu 7×3 cm Größe sich in toto abstießen.

Daß diese Reinigung der Mandeln durch die Behandlung objektiv beschleunigt wird, ging deutlich hervor aus dem Vergleich mit nicht lokal behandelten Patienten, ebenso auch aus der Verzögerung des Verlaufs bei Aussetzen der Behandlung (was in einigen Fällen infolge Verbrauchs des Mittels geschehen mußte) und bei Patienten, die die Behandlung nachlässig durchführten. Verf. konnte geradezu aus der Art des Verlaufs solche säumige Patienten erkennen und überführen und dann auch bei ihnen nach gewissenhafterer Befolgung der Anordnung die günstige Wirkung feststellen. Im allgemeinen überzeugten sich die Patienten selbst sehr bald von der guten Wirkung der Behandlung und führten sie darum gern durch.

Aber auch nach Abstoßen der Beläge und völliger Reinigung der Mandeln muß die Behandlung unverändert fortgesetzt werden, da ja die Diphtheriebazillen sich noch weiter in den Buchten der Mandeln halten.

Da wir im Providoform ein so stark bakterizid wirkendes Mittel haben, lag es nahe, zu versuchen, die Patienten durch konsequente Weiterbehandlung bazillenfrei zu machen. Dieses Ziel wurde in der Tat bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erreicht. Nur zwei Fälle, die aus äußeren Gründen früh entlassen werden mußten, hatten bei der Entlassung noch Diphtheriebazillen in den Krypten der Tonsillen. Beide waren gewissenhaft genug, zu Hause weiter regelmäßig mit Providoform zu gurgeln, und obwohl der eine Fall, ein Schulknabe, wie sich später herausstellte, im selben Zimmer und im selben Bett mit jüngeren Kindern zusammen untergebracht war, die noch keine Diphtherie gehabt hatten, ist keines dieser Kinder von ihm angesteckt worden. Auch dieser Knabe wurde nach der Entlassung später bazillenfrei.

Die Vorzüge der lokalen Behandlung der Diphtherie mit Providoform liegen also darin, daß die Beläge sich rasch abstoßen, wodurch sowohl das subjektive Befinden wie der objektive Krankheitsverlauf günstig beeinflußt werden, sowie in der rascher erzielbaren Bazillenfreiheit und der dadurch gewährleisteten Verhütung weiterer Ansteckungen. Grätzer.

Frank Kornmann (Davos), Über einen Befund von Erythrozyten und Erythrozytenzylindern (leichte Hämaturie) im Harn bei Keuchhusten vor Ausbruch des spasmodischen Stadiums. (Ebenda. 1915 Nr. 42.) Unter 5 Fällen trat 4mal, durchschnittlich 5 Tage vor dem ersten Krampfhustenanfall, leichte Hämaturie in sonst im ganzen normalem Harn, bei gesunden Nieren auf. Es ist wahrscheinlich, daß für das zu Spasmen führende Krankheitsgift die Nierengefäßwandungen besonders empfindlich sind. Denn während die sonst erst im spasmodischen Stadium vorkommenden Gehirn-, Konjunktival-, Nieren- und Augenhintergrundblutungen usw. eine durch Drucksteigerung während des Krampfanfalls entstandene Blutung per rhexin darstellen, so muß in den vorliegenden Fällen doch wohl eine Blutung per diapedesin vorliegen. Daß das Gift mehr nur auf die Nierengefäße und nicht auf das Parenchym wirkt, geht auch daraus hervor, daß Keuchhusten in der Regel für die Nieren

keine Folgen hat. Es scheint, daß Kinder mit exsudativer Diathese, wobei infolge der mangelhaften Zusammensetzung der Körpersäfte eine Bereitschaft zu Spasmen besteht und die Niere in ihrer Funktion sowieso leichter insuffizient wird, den geschilderten Befund eher zeigen. Dies möchte Verf. in Fall 2 und 4 annehmen. Es scheint Verf., nebenbei bemerkt, deshalb bei Verdacht auf Keuchhusten angezeigt, solche Kinder strikte auf eiweißlose und purinfreie Kost zu setzen.

Nachdem lange der Influenzabazillus als Erreger der Pertussis angesehen wurde (finden sich doch bei Beginn der Bronchitis und im postspasmodischen Stadium fast nur solche), ist jetzt der Bordet-Gengousche, Gram-negative Bazillus, mit dem Übertragungen auf Tiere positiv ausfallen, und der vom Serum der Kranken agglutiniert wird, als alleiniger Erreger festgestellt. Klimenko fand für ihn in der Toluidinblaufärbung eine spezifische Färbung. Im spasmodischen Stadium ist er leicht nachzuweisen, schwer aber im ersten Stadium, wo viel eher Influenzabazillen gefunden werden. So gelang auch in den vorliegenden Fällen sein Nachweis zur Zeit der Hämaturie im Sputum und Rachenschleim noch nicht; erst im zweiten Stadium konnte er in allen 5 Fällen nachgewiesen werden. Dies bestätigt übrigens auch bakteriologisch das klinisch festgestellte Vorhandensein von echtem Keuchhusten in allen 5 Fällen. Wahrscheinlich sind die geschilderten Harnbefunde das Zeichen des ersten Zerfalles des Bordetschen Bazillus im Körper. Denn nach Bordet und Gengou soll er keine Gifte bilden, dagegen seine Leibessubstanz selbst sehr toxisch sein (Endotoxinwirkung). In den untersuchten Harnen war er nie nachzuweisen.

Leider ist der einfache und sichere mikroskopische Nachweis des Keuchhustenbazillus nach Klimenko (wie auch die Kultur nach Bordet) für die so wichtige Frühdiagnose nicht zu verwerten. Denn wenn sich der Bazillus erst nachweisen läßt, hat die Infektiosität des Falles natürlich schon mehrere Tage bestanden, und die prophylaktischen Maßnahmen kommen für die Umgebung zu spät. Als Symptome, welche zu einer frühen Wahrscheinlichkeitsdiagnose führen können, erwähnt Verf. noch: 1. Trotz des Fiebers im ersten Stadium zunehmendes Blasserwerden des Harns, hohes spezifisches Gewicht, hoher Grad von Harnsäure; 2. frühzeitige, oft hochgradige Lymphozytose und geringe polynukleäre, neutrophile Leukozytose. Eosinophilie meist erhöht (dies übrigens auch bei exsudativer Diathese, die gerade leicht zu Keuchhusten disponieren soll); 3. (charakteristisch) schnelles Zurückgehen des Fiebers gegen Ende des ersten Stadiums trotz Weiterbestehens der Bronchitis, die einen trockenen und zähen Charakter annimmt; endlich 4. der hier geschilderte Harnbefund.

Wenn dieser Befund auch nur an einem kleinen Material erhoben werden konnte, so schien Verf. doch, bei der großen Bedeutung der Frühzeitigkeit der Diagnose, ein Resultat, das unter Umständen zu ihrer Sicherstellung beitragen kann, erwähnenswert. Grätzer.

W. Schürmann und **E. G. Pringsheim,** Zum Nachweis von Diphtheriebazillen im Originaltupferausstrich. (Aus dem

Hygienischen Institut der Universität Halle a. S.) (M. Kl. 1915 Nr. 42.) 1. Die nach Gins modifizierte Neisserfärbung ist der bisher üblichen Färbemethode überlegen. Dadurch, daß die Diphtheriebazillen intensiver gefärbt werden und größer aussehen, ist eine leichtere Auffindung im mikroskopischen Bild ermöglicht.

2. Sie eignet sich besonders für Originalausstrichpräparate.

3. Auch in den Fällen, wo das Kulturverfahren im Stiche ließ, wurden durch die Ginssche Methode doppelt so viel Fälle noch als positiv erkannt als durch die Neisserfärbung.

4. Es empfiehlt sich, diese neue Methode in allen Laboratorien bei Originalpräparaten zur Anwendung zu bringen, da der geringe Aufwand an Mühe nicht im Vergleiche steht zu den erzielten Resultaten.

Grätzer.

B. Bendix (Berlin), Der akute Gelenkrheumatismus und seine Komplikationen im Kindesalter. (Ebenda. 1915 Nr. 43.) Von dem Normaltypus des akuten Gelenkrheumatismus finden sich häufig Abweichungen sowohl nach der leichten wie nach der schweren Seite hin.

Nicht ganz selten ist im Kindesalter die rudimentäre Form, die wegen der Geringfügigkeit der Schmerzen und Schwellungen an den Gelenken leicht übersehen wird. Die Kinder klagen über leichtes Ziehen oder über unwesentliche Gelenkschmerzen, die plötzlich kommen und schnell wieder gehen oder auch länger andauern. Infolge ihrer Geringfügigkeit werden sie als „Wachstumschmerzen" gedeutet. Die Beschwerden sind so unbedeutend, daß die Kinder spielen, umhergehen und nicht in das Bett verlangen. Schwellungen der Gelenke sind nur angedeutet oder fehlen vollkommen.

In der abortiven Form tritt öfter der an und für sich äußerst seltene Gelenkrheumatismus des Säuglingsalters auf, bei dem die sonst nicht erklärbaren Erscheinungen am Herzen oft das einzige Symptom der Polyarthritis bilden. Es fehlt aber nicht an Beobachtungen, wo auch im frühesten Lebensalter die Diagnose durch deutliche Schwellungen leicht gesichert wird.

Bei den rudimentären Formen des Gelenkrheumatismus steigt die Temperatur selten über 38°, das Allgemeinbefinden ist wenig gestört. Vor einer Beteiligung des Herzens sind auch diese leichtesten Infektionen keineswegs geschützt. Auch hier kann, genau wie bei der regulären und wie bei der schweren Form, gegen Ende der ersten Woche sich ein zunächst unbedeutendes Geräusch an der Herzspitze entwickeln, das allmählich an Intensität zunimmt und sich im Laufe der Zeit zu einem ausgesprochenen Herzfehler ausbildet.

Im Gegensatz zu den leichten kommen im Kindesalter nicht selten äußerst schwere Formen des Gelenkrheumatismus zur Beobachtung. Sie können nach zwei Richtungen hin bedeutungsvoll werden. Entweder ist der rheumatische Prozeß durch häufige Rezidive mit Beteiligung verschiedener seröser Häute ausgezeichnet und führt unter allmählicher, im Laufe der Zeit zunehmender Erschöpfung des Patienten zum Tod, oder die Krankheit nimmt einen äußerst chronischen Verlauf, mit besonderer Beteiligung der kleinen

neben den großen Gelenken, wozu gelegentlich noch die Halswirbel hinzukommen.

Bei der ersten Form sind, wie bei dem rudimentären Gelenkrheumatismus, unter Zurücktreten der Gelenkschwellungen und Gelenkschmerzen, mehr allgemeine ziehende Schmerzen im ganzen Körper vorhanden, ohne die Möglichkeit einer genauen Lokalisation. Im Gegensatz zu den geringen Lokalerscheinungen ist das Allgemeinbefinden hochgradig gestört. Neben hohem Fieber besteht auffallende Mattigkeit, kleiner, frequenter Puls, Appetitmangel und nervöse Unruhe. Manchmal Milzschwellung. Dazu gesellen sich sehr bald schwere Erscheinungen von seiten des Endokards, des Perikards und der Pleuren. Die rheumatische Endoperikarditis stellt sich oft schon im Verlaufe von 8 Tagen ein. Kurze Zeit darauf wird die eine und nicht lange hinterher die andere Pleura ergriffen, bisweilen nimmt auch noch das Peritoneum an der Erkrankung teil. Diese erste rheumatische schwere Attacke geht nach 10—14 Tagen vorüber, womit auch die stürmischen Erscheinungen von seiten des Herzens und der Pleura bis zu einem gewissen Grade zurückgegangen sind. Es fällt aber auf, daß das Kind trotz der scheinbaren Rückbildung und schließlichen Heilung des Prozesses sich nicht wieder vollkommen erholt, sondern schlaff und ermüdet bleibt. Nach unbestimmter Zeit, nach $^3/_4$ oder 1 Jahre, kommt es unerwartet zu einem erneuten Anfalle, wiederum mit hochgradiger Prostration im Vordergrunde, der nach einigen Tagen dem Leben durch Herzkollaps ein Ende bereitet. In andern Fällen führen erst mehrere nach unbestimmten Pausen wiederholte Anfälle den Tod herbei. Bisweilen zieht sich die Krankheit in einem solchen Anfalle unter zunehmender Schwäche und Erschöpfung des Patienten wochen- und monatelang hin. Es treten allmählich Ödeme, Anasarka, auffallende Blässe des Gesichts, hochgradige Dyspnoe, Neigung zu Ohnmachten und Kollapsen auf. Schließlich bereitet der Tod unter fortschreitender Herzschwäche dem elenden Zustand ein Ende.

Nicht ganz vereinzelt weist hier die Sektion eine totale oder wenigstens sehr ausgebreitete Verwachsung der beiden Blätter des Herzbeutels nach, die schließlich durch Herzinsuffizienz den Tod herbeigeführt hat.

Die chronische Form zieht sich meist ungemein lange hin. Das Fieber läßt allmählich nach, während Anschwellungen und Schmerzen eines oder mehrerer Gelenke weiter bestehen bleiben. Entweder handelt es sich hier um mehr oder weniger oft wiederkehrende Attacken, oder der Verlauf ist von vornherein ein chronischer. Bis zur vollkommenen Heilung dieser Zustände können Monate und Jahre vergehen, oder die völlige Rückbildung bleibt überhaupt aus. In den ausgebildeten derartigen Fällen sind häufig alle großen Gelenke der unteren Extremitäten, häufig auch die Hand- und Fingergelenke sowie Ellbogen- und Schultergelenke ergriffen. Oft bleibt auch die Halswirbelsäule nicht verschont, deren Erkrankung im Sitzen des Patienten eine leicht vornübergebeugte Haltung des Rumpfes bedingt, während die Drehung des Kopfes meist frei erhalten ist. Oft sind die Kiefergelenke in Mitleidenschaft gezogen,

wodurch das Kauen erschwert und allmählich eine mehr und mehr hervortretende Atrophie des Unterkiefers bedingt wird.

Zu der schweren Form des Gelenkrheumatismus ist auch die Komplikation mit Chorea zu rechnen. Schon deswegen, weil hier noch mehr wie bei dem einfachen Rheumatismus eine Herzerkrankung zu fürchten ist. Die Chorea entwickelt sich entweder ziemlich akut und hochgradig, unter großer Unruhe und heftigen Bewegungen. Ihr Ausbruch läßt dann oft ganz plötzlich die Gelenkschmerzen aufhören. Oder sie tritt manchmal zuerst als eine halbseitige Schwäche der Extremitäten hervor, die allmählich in Unruhe und deutliche Choreabewegungen überleitet.

Eine besondere und seltene Form des chronischen Gelenkrheumatismus ist der Rheumatismus nodosus infantilis, der durch knötchenartige Neubildungen an den Gelenken, an den Sehnenansätzen, am Periost, z. B. der Schädelknochen, charakterisiert ist. Die Knötchen sind stecknadel-, erbsen- oder bohnengroß, auf Druck schmerzhaft und bestehen aus fibrösem, zum Teil faserknorpeligem Gewebe. Die Knötchen verschwinden gewöhnlich rasch wieder. Selten vollzieht sich ihre Resorption erst innerhalb von Wochen und Monaten. Noch seltener bleiben sie dauernd. Auch der Rheumatismus nodosus kann sich mit Endo- und Perikarditis verbinden oder durch Chorea kompliziert sein. Er entsteht entweder im Verlauf eines akuten Gelenkrheumatismus oft ganz plötzlich, oder während eines Rezidivs der Erkrankung.

In der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus nehmen unter den inneren Mitteln die Salizylsäure und ihre Abkömmlinge auch im Kindesalter den ersten Platz ein. Es gilt auch hier die beim Erwachsenen erprobte Vorschrift, große Dosen in nicht zu langen Pausen, am besten zweistündlich dreimal täglich, bis zu starkem Schweißausbruche, zu verordnen. Von den in Betracht kommenden Mitteln, wie Natrium salicylicum, Aspirin, Antipyrin, Hydropyrin, Salipyrin, Melubrin, Lactophenin, Citrophen, Pyramidon, verwendet Verf. im Säuglingsalter als Einzelgabe 0,1—0,25, im weiteren Kindesalter 0,5—1,0. Die Wirkung des Mittels wird gesteigert, wenn die Kinder in eine trockene Einwicklung gebracht werden. Und die Schweißabsonderung wird besonders angeregt oder öfter erst hervorgerufen, wenn der Einwicklung noch warme Bäder vorausgehen.

Wenn das Fieber und die akuten örtlichen Erscheinungen nachgelassen haben, so geht man mit der Dosis der Salizylpräparate auf die für das Kindesalter gebräuchlichen Gaben herab und hält so lange an dieser verkleinerten Dosis fest, bis die örtlichen Erscheinungen ganz abgeklungen sind.

Sehr häufig sieht man von dem Natrium salicylicum eine rasche und sichere Wirkung. Versagt es, so bietet nicht selten ein oder das andere seiner Ersatzpräparate einen wirksamen Erfolg. In einzelnen Fällen sind alle Mittel ohne Einwirkung. Diese Unwirksamkeit des Salizyls oder seiner Ersatzpräparate wird bei der schweren oder irregulären Form des Gelenkrheumatismus beobachtet.

Unangenehme Nebenwirkungen des Salizyls außer vorübergehenden Kopfschmerzen, Ohrensausen, gelegentlich Urtikaria, ery-

themartigen, klein- und großfleckigen Hautausschlägen oder stärkerem Nasenbluten hat Verf. im Kindesalter nicht gesehen. Diese Vorkommnisse dürfen in Anbetracht des häufigen Nutzens der Salizylpräparate von der Anwendung großer Dosen nicht abhalten.

Von lokalen Einölungen oder Einsalbungen verwendet Verf. das Rheumasan, Mesotan, Spirosal, Lenirheumasan und Ichthyolsalbe, mit folgender Einwicklung der erkrankten Partien in Watte. Neben der Ölbehandlung leisten warme oder heiße, auch elektrische Bäder, lokale oder Vollbäder, evtl. mit Salz- oder Moorzusätzen, Packungen mit heißem Sand, Moor, Schlamm, Fango, Heißluft, Fön, milde Massage gute Dienste. Grätzer.

M. Lateiner-Mayerhofer und **O. Schey**, Erfahrungen über den therapeutischen Wert der Guberquelle bei Kindern. (Aus dem Kinderambulatorium der Allgem. Poliklinik in Wien.) (Therap. Mhf. 1915 Nr. 10.) In der Dosierung des Wassers hielten sich die Verff. im allgemeinen an die von der Guberquellenverwaltung beigegebenen Schemata. Sie bedienten sich für die Kinder unter 6 Jahren des Schemas I, über 6 Jahren im allgemeinen des Schemas II und nur in 2 Fällen des Schemas III.[1]) Die Kinder erhielten also in sechswöchentlichen Kuren bei langsam ansteigender Dosierung die Maximaldosen von 0,111 mg bzw. bei Schema II 0,222 mg reines metallisches Arsen pro die durch 18 Tage, worauf wieder langsame Abnahme der Dosis erfolgte. Die Gesamtzufuhr betrug 3,548 mg bzw. 7,096 mg metallischen Arsens.

Verff. haben die Kur mit der Guberquelle vor allem bei jenen Kindern durchgeführt, die ihnen wegen Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Blässe und Gewichtsabnahme zugeführt wurden, ohne daß die physikalische Untersuchung einen pathologischen Organbefund ergeben hätte. Bei sehr vielen dieser Kinder (wie es bei dem Wiener Kindermaterial selbstverständlich ist) war die kutane Tuberkulinreaktion positiv; bei manchen bestanden offenkundige tuberkulöse Erkrankungen (Pleuritis, Bronchialdrüsentuberkulose, Lungentuberkulose). Verff. haben im ganzen 58 Kinder derart behandelt und müssen die Resultate unter den obwaltenden Verhältnissen als vollkommen zufriedenstellende bezeichnen. Die Kinder waren alle bei Beginn der Kur im Vergleich zu den Durchschnittsgewichten dieses Alters untergewichtig, so daß die Zunahme an Gewicht während der Kur einen sehr guten Maßstab des erzielten Erfolges bildete.

Von 58 Kindern haben nur 3 (davon 1 mit schwerer Lungentuberkulose) an Gewicht abgenommen; 5 sind im Gewicht gleich geblieben; bei den übrigen 50 wurden kleinere oder größere Gewichtszunahmen erzielt, und zwar bei 42 Fällen, d. i. in 73%, namhafte Zunahmen von $^1/_2$—3 kg.

Bei	8	Kindern	nur	Zunahmen	von	etwa	$^1/_4$ kg
„	24	„	„	„	„	„	$^1/_2$—1 „
„	12	„	„	„	„	„	1—2 „
„	6	„	„	„	„	„	2—3 „

[1]) Verff. haben die Guberquelle vorläufig nur bei Kindern über 4 Jahren verabreicht, da Arsen bei jüngeren Kindern nach früheren Erfahrungen, die in der Ambulanz gemacht wurden, toxisch wirken kann.

Unter den letzteren befanden sich allerdings 4 Kinder aus der Privatpraxis, bei welchen eine Besserung der Ernährungsart möglich war; aber auch diese Kinder besuchten während der Kur weiter die Schule und änderten ihre Lebensart sonst in keiner Weise.

Mit der Gewichtszunahme ging im gleichen Schritt die Besserung des Allgemeinbefindens; die Mütter berichteten nahezu in allen Fällen gleich in den ersten Wochen der Kur über Zunahme des Appetits. Die Kinder waren frischer und lebhafter; die Mattigkeit und gelegentliche Kopfschmerzen schwanden; der Turgor der Gewebe hob sich und die Gesichtsfarbe war frischer. In einem Fall mit einer Hautaffektion (Verrucae planae juveniles) verschwand auch diese Hautkrankheit ohne Lokalbehandlung.

Somit können Verff. mit den praktischen therapeutischen Resultaten, die sie bei der Behandlung unterernährter Kinder mit der Guberquelle erzielt haben, vollkommen zufrieden sein. Sie erwies sich als ein ausgezeichnetes Roborans und Stimulans selbst bei Kindern, die in ungünstiger Ernährung und in schlechten hygienischen Verhältnissen lebten. Verff. erzielten bei ihrem Gebrauche im poliklinischen Materiale in 73% der Fälle namhafte Gewichtszunahmen und Besserung des Allgemeinzustandes. Dabei wird dieses Arsenwasser von den Kindern gern genommen und verursacht nie Verdauungsstörungen. Grätzer.

F. Hell, Unsere Therapie der kongenitalen Lues. (Aus der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Kiel.) (Derm. Wschr. 1915 Nr. 33.) Es wird möglichst früh mit der Behandlung begonnen, evtl. schon am Ende der ersten Lebenswoche. Hauptmittel bildet noch immer das Quecksilber, das z. B. bei stärker zerfallenen oder vegetierenden Hauterscheinungen als graue Salbe oder Unnasches Quecksilberpflaster angewandt wird. Zur Allgemeinkur dienen Injektionen: 0,3—0,5 Ung. ciner. täglich; am 7. Tage Vollbad. So wird 4—6 Wochen fortgefahren. Bei etwas älteren Kindern wirken auch Injektionen vorzüglich: Sublimat 0,003—0,005 (Sublimat 1,0, Natr. chlorat 10,0, Aq. dest. ad 100,0) wird 2mal wöchentlich injiziert. Der Quecksilberkur folgt stets eine Salvarsankur: Entweder man injiziert Salvarsan intravenös in die — oft ausgezeichnet hervortretenden — Schläfenvenen, oder man spritzt Neosalvarsan 0,005—0,05 wöchentlich 1mal intraglutäal ein, im ganzen 4—6mal, so daß die ganze Kur — die evtl. nach einigen Monaten und nochmals wiederholt wird — 2—3 Monate dauert. Grätzer.

Richard Stern, Klinische Studien über die Zukunft nervenkranker Kinder mit spinalen und zerebralen Lähmungen. (Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 32. S. 139.)

I. Spinale Kinderlähmung. Verf. verfügt über 107 alte Fälle, darunter 95, welche im 1. bis 5., 9 zwischen dem 5. und 10. und 3, welche nach dem 10. Lebensjahre erkrankt waren. Zerebrale Komplikationen scheinen die Prognose der einfachen spinalen Lähmung zu verschlechtern. Kombinationen mit neuritischen Affektionen neigen zu Rückfällen und Verschlimmerungen. Wo die anfängliche Lähmung ohne wesentliche Verringerung durch viele Monate und

Jahre anhält, um noch nach so langer Zeit einer unerwarteten Besserung Platz zu machen, ist die Annahme einer polyneuritischen Quote sehr wahrscheinlich, langsam und schubweise auftretendes Einsetzen der Lähmungen und auffallend spät sich einstellende Besserungen sind daher prognostisch ungünstig.

82% der gutartig verlaufenden Fälle zeigen monoplegischen Typus, meist proximale Partien des Armes, distale des Beines. Prognostisch schwerer sind die Fälle mit Betroffensein beider Arme oder Beine oder beider Beine und eines Armes.

Die Gefährdung des späteren Lebens scheint auch bei den nachinfantil Erkrankten keine größere zu sein; im ganzen dürfte die Mortalität von in der Kindheit gelähmten Menschen eine recht erhebliche sein. Merkwürdig ist die Seltenheit von polyarthritischen Prozessen und Vitien.

Während 65 Fälle im späteren Leben über nichts als über die Schäden an den gelähmten Gliedmaßen klagten, herrschten bei 41 verschiedene subjektive Beschwerden vor, darunter 3mal Bilder der Neurasthenie, 2mal der Hysterie, 3mal Bettnässen, 2mal Epilepsie, 6mal Basedowoid, 1mal Migräne. Mehrfach wurde 1—2 Jahrzehnte nach Ablauf der Kinderlähmung und ohne jede Kontinuität damit über allerlei unangenehme Sensationen in den gelähmten Gliedern geklagt. Was eine angegebene allmähliche Verschlechterung der Beweglichkeit anbelangt, so konnte Verf. in 5 Fällen durch genauen Vergleich des objektiven Befundes der alten Krankheitsgeschichten und des Status praesens mit voller Sicherheit den Nachweis erbringen, daß von einer objektiven Veränderung im Nervenmuskelstatus keine Rede war. Zuweilen ist eine derartige in den Pubertätsjahren auftretende subjektive Verschlimmerung „physiologisch" (Wachstum, erwachende Eitelkeit usw.), in anderen Fällen kommt eine solche aber tatsächlich zustande durch professionelle Ermüdungsschädlichkeiten. Vor einer Überbürdung auch von der Krankheit scheinbar ganz verschont gebliebener Muskelgruppen warnt Verf. nachdrücklichst. Eine dauernde Gefahr stellt die erhöhte Aufbrauchbarkeit der Muskeln eines Individuums dar, das eine Poliomyelitis überstanden hat.

In 10 Fällen sah Verf. einen meist horizontalen Nystagmus. Spastische Komponenten, zerebraler oder spinaler Genese, waren gar nicht selten.

Echtes fibrilläres Zittern hat Verf. auffallend selten beobachtet. Fibrilläre Zuckungen, faszikuläre Konismen dagegen auch in Fällen residuärer Poliomyelitis ohne Progredienz; Verf. meint, daß dies Symptom geknüpft sei an eine Beteiligung der Pyramidenfasern und an eine verhältnismäßig geringe Vorderhornläsion. Strenge von den fibrillären Zuckungen will Verf. das fibrilläre Zittern unterscheiden, das auf eine Mitbeteiligung der peripheren Nerven hinweist und sohin prognostisch bedenklicher zu werten ist.

Von Interesse sind einige auszugsweise mitgeteilte Fälle, welche als Syringomyelie bei in der Kindheit spinal Gelähmten imponierten, während die fortgesetzte Beobachtung ergab, daß es sich nur um atypische Poliomyelitisfälle handelte. Verf. warnt davor, Fälle, deren Anamnese einen zweifellosen Heine-Medin ergibt, nur auf Grund

atypischer Merkmale und ohne genügend lang fortgesetzte Beobachtung als Syringomyelie ansprechen zu wollen, da die Poliomyelitis im weitesten Sinne eine Expansionsfähigkeit über fast alle durch spinale Läsionen zu erzeugende Krankheitserscheinungen besitzt.

Nachforschungen an einem Materiale von über 30000 Nervenfällen der verschiedensten Art zeigten, daß sich in der Vorgeschichte äußerst selten poliomyelitische oder poliomyelitisverdächtige Antezedentien fanden, wie umgekehrt bei lange beobachteten Heine-Medin-Fällen so gut wie nie später organische Nervenerkrankungen sich hinzugesellten.

In 6 von 32 Fällen bestand das „Basedowoid" in 2 auffallend infantilistischer Habitus, in 17 große, weiche Strumen, darunter mehrere mit Neigung zu Schweißen ohne sonstige Basedowsymptome.

II. Infantile Hemiplegie. Besonders bemerkenswert scheint eine vom Verf. als Forme fruste der zerebralen Kinderlähmung angesprochene Symptomengruppe, den er den „Hemikranietypus" nennt, typische Migränefälle mit objektiven, auf eine zerebrale Erkrankung hinweisenden Dauersymptomen: Einseitige Gesichtshypoplasie, gekreuzt mit der Seite der Extremitätenbeteiligung, Hyperalgesie dieser Gesichtshälfte, Hypalgesie am Arm und Bein der anderen Seite. Migräneanfälle seit der Pubertät fast regelmäßig mit Sitz in der hypoplastischen Kopfhälfte, „Fraisen" in der Kindheit. Nur in einem der 5 Fälle bestand eine Hyperalgesie auch an den kontralateralen Gliedern. Die Gesichtshypoplasie ist durchaus stationär, betrifft alle Gewebe. Verf. erörtert besonders eingehend die Differentialdiagnose gegenüber der Hemiatrophia facialis progressiva.

Entgegen der Annahme einer gleichartigen Ätiologie poliomyelitischer und enzephalitischer Prozesse konstatierte Verf., daß in den Jahren 1845—1888 in seinem Materiale 26 spinale und 74 zerebrale, in den Jahren 1889—1909 200 spinale und 136 enzephalitische Lähmungen vorkamen. Verf. verfügt über 114 Dauerbeobachtungen von infantiler Hemiplegie, darunter 75 rechtsseitig. In 28% trat Epilepsie hinzu, und zwar bildete eine lange, durchschnittlich zehnjährige krampffreie Intervallzeit die Regel; nur 6mal entwickelte sich die Epilepsie ohne Latenzzeit im Anschluß an die Hemiplegie. Andererseits lassen die epileptischen Anfälle, die so spät auftreten, meist jene Charaktere vermissen, die die genuine Epilepsie von Anfällen bei zerebraler Kinderlähmung unterscheiden lassen sollen. Kombination mit Athetose ist häufig, mit Aphasie selten, mit Imbezillitas, Enuresis und Basedowerscheinungen sehr häufig.

In keinem Falle schienen die Individuen psychisch völlig normal, 38 waren ausgesprochen schwachsinnig, 24 schwach begabt, 38 total erwerbsunfähig, wobei allerdings nicht immer konstatiert werden konnte, ob dies durch psychische Defekte oder die Lähmung bedingt war. Nie kam es vor, daß Kranke, welche bereits beruflich tätig waren, später erwerbsuntüchtig geworden sind. Bei den 38 Imbezillen war 31mal die rechte Körperhälfte betroffen. 14mal Kombination mit Athetose, auffallend häufig Hypoplasie der gelähmten Körperhälfte.

Subjektive Beschwerden: 10mal Enuresis, oft Kopfschmerzen, allgemeine nervöse Beschwerden, basedowoide Symptome, Stottern. Objektiv: 14mal Nystagmus, 5mal Strabismus concomitans usw.

43mal posthemiplegische Spontanbewegungen, wobei Verf. die Anschauung ausspricht, daß bei einem geistig regsamen Kinde, welches an Athetose der gelähmten Extremitäten leidet, die Möglichkeit eingeräumt werden muß, daß die Spontanbewegungen einmal vielleicht zum Stillstande kommen und dauernden Kontrakturen weichen können. Abgesehen von Athetose, selten gleichzeitig finden sich andere, allenfalls als choreatisch zu klassifizierende Spontanbewegungen, nicht selten Intentionstremor.

Den Lähmungstypus anlangend, konnte Verf. sehr oft den bekannten Lewandowskyschen im Gegensatze zum Wernicke-Mannschen bestätigen. Auffallend häufig sah er die Fuchsschen sekundären Gelenksveränderungen, in zwei Drittel der Fälle das Neuratsche Phänomen. Von trophischen Störungen seien erwähnt 12mal Hemihypoplasie, als kasuistische Kuriosa Gynäkomastie auf der Seite der Lähmung u. dgl.

Viel häufiger als bei der spinalen fand Verf. hier symptomenarme Formen von Basedow, nie höhergradigen Exophthalmus, fast stets weiche, kleine Strumen.

Kurz besprochen werden 11 Fälle von zerebraler Diplegie. Besonders beachtenswert sind die Ausführungen über Basedowoid und Disposition. Die eigenen Fälle des Verf.s zeigten eine sehr geringe Tendenz zu Rezidiven und dazu, später von schwereren organischen Nervenleiden abgelöst zu werden, andererseits große Neigung, sich mit basedowähnlichen Bildern zu kombinieren. (Verf. erinnert an die Hauptmerkmale des sogenannten Basedowoids: kein Exophthalmus, immer Struma.) Zwischen Basedowoid und chronisch progredienten Nervenkrankheiten scheint ein gewisser Antagonismus zu bestehen. Wenn z. B. Kombination von Tabes und Basedow beschrieben wird, so handelt es sich dabei um Fälle mit starkem Exophthalmus bei fehlender Struma. Unter 591 Basedowbeobachtungen verschiedener Autoren fand Verf. in 3,7% angebliches Fehlen von Kropf, bei der Kombination dagegen mit Tabes dies in 50%. In diesem Mißverhältnis prägt sich ein auffallendes Unvermögen desjenigen Organismus aus, der metaluetisch erkrankt ist, unter Bedingungen, die ihn noch dazu basedowisch erkranken lassen, das sonst konstanteste Symptom dieses Leidens, nämlich die Struma, zur Entwicklung zu bringen. Bei Tabes findet sich andererseits eine geringe Neigung zu degenerativen körperlichen Symptomen, welche zu dem strumösdegenerativen Basedowoid gehören. Die basedowoide Veränderung, als die ursprünglichere, würde einen gewissen Schutz gegen spätere metaluetische Prozesse bieten. Zeichen einer ungünstigeren Prognose ist, wenn bei einem poliomyelitisch oder enzephalitisch erkrankten Kinde später keine Basedowoiderscheinungen auftreten, weil diese Individuen dann jener Schutzkraft entbehren, welche dem ausgebildeten Basedowoidleiden innezuwohnen scheint. Kurt Mendel.

Georg Schaub, Zur Pathologie der epidemischen Kinderlähmung. (D. Ztschr. f. Nervenhlk. 43. 1911. H. 1 u. 2.) Verf. konnte

nach den Mitteilungen von E. Müller über die Poliomyelitisepidemie in Hessen-Nassau noch 65 neue Fälle von frischer epidemischer Poliomyelitis sammeln. Auch bei diesen drängte sich die Hypothese auf, daß die Einschleppung und Übertragung des Leidens zumeist durch persönlichen Kontakt mit Erkrankten erfolgte, und zwar gewöhnlich durch gesunde Zwischenträger. Verhältnismäßig häufig erkrankten mehrere Kinder derselben Familie gleichzeitig und mit gleichartigen Initialsymptomen. Die ländliche Bevölkerung wird häufiger betroffen als die städtische, das häufigste Symptom des Krankheitsbeginns bildete eine deutliche allgemeine oder partielle Hyperästhesie. In einem Falle erkrankten mehrere Tiere fast zu derselben Zeit an Lähmungen, und zwar mit den gleichen Vorläufererscheinungen, namentlich hartnäckiger Verstopfung. In einem Falle bestand außer der Poliomyelitis ein Herpes zoster am Gesäße; in einem andern entwickelte sich ein Zustandsbild, das in manchen Zügen der Korsakoffschen Psychose glich. Von den 65 Kranken starben 4 (= 6,15%). In 14 Fällen trat Heilung, d. h. Verschwinden der gröberen Anfallserscheinungen innerhalb der Frist bis zu 1 Jahr ein. Bei einer Reihe von Kindern blieb nur eine leichte motorische Schwäche oder ein verminderter Spannungszustand in den vorher gelähmten Muskeln zurück. Relativ häufig blieben als Restbild Peroneusparesen oder isolierte einseitige Schulterlähmungen bestehen. Die sonstige geistige und körperliche Entwicklung litt nicht unwesentlich. Therapie: Isolierung, möglichste körperliche und geistige Ruhe, kühlende Umschläge auf Kopf oder Nacken, evtl. trockene heiße Tücher auf Leib und Regelung der Darmtätigkeit, Aspirin, Kalomel, Urotropin (welches antibakterielle Wirkung auf die Zerebrospinalflüssigkeit entfalten soll). Später: warme Salzbäder, Massage, Elektrisieren, passive Bewegungen.

Kurt Mendel.

Fr. Ebeler und **Fr. Dunker,** Der angeborene Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. (Aus der akademischen Frauenklinik und orthopädischen Klinik zu Köln a. Rh.) (Zschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 77. 1915. H. 1.) In 15 von 17 Fällen aus der Literatur sowie in dem von den Verff. selbst mitgeteilten Falle fand sich eine hochgradige Atrophie der Beckenbodenmuskulatur der Mutter als Ursache einer Spina bifida des Neugeborenen. Im weiteren ergaben röntgenologische Untersuchungen einen Zusammenhang zwischen dem erworbenen Vorfall der Gebärmutter mit der Spina bifida occulta, indem von 28 Frauen mit Vaginal- bzw. Uterusprolaps 23 einen positiven, im Sinne einer Spina bifida occulta zu deutenden Befund zeigten. Kurt Boas.

Takanarita, Sektionsbefund eines Falles von angeborener einseitiger Atresie des Gehörganges. (Arch. f. Ohrenhlk. 96. 1915. H. 3.) Die mikroskopische Untersuchung einer angeborenen Atresie des äußeren Gehörganges mit Mikrotie bei einem 9 Wochen alten Kinde ergab, daß das Mittelohr mit seinem Inhalt und Labyrinth normal war, so daß durch operative Beseitigung der Atresie eine wesentliche Verbesserung des Hörvermögens hätte erreicht werden können. Kurt Boas.

Günther, Über das von Conradi angegebene Verfahren der elektiven Züchtung von Diphtheriebazillen durch Ausschütteln mit Kohlenwasserstoffen. (Aus dem kgl. Hygienischen Institut in Posen.) (Zentralbl. f. Bakt. usw. 75. H. 5—6.) Verf. stellte vergleichende Untersuchungen in 287 Fällen darüber an, ob das Conradische Verfahren mit Petroläther bzw. Pentan dem alten Löfflerschen Kulturverfahren vorzuziehen sei. Für Petroläther ergaben sich schlechtere Resultate, für das Pentan gleiche Resultate wie das Löfflersche Verfahren, so daß der Verf. zu dem Ergebnis gelangt, daß das neue Verfahren nicht geeignet sei, das alte Löfflersche zu ersetzen. Kurt Boas.

H. Chiari, Partieller Defekt des intraabdominellen Teiles der Vena umbilicalis mit Varizenbildung bei einem neugeborenen Kinde. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität in Straßburg i. Els.) (Zentralbl. f. path. Anatom. 26. 1915. Nr. 1.) Bei einem 17 Stunden alten, an Lebensschwäche gestorbenen Knaben fehlte die Vena umbilicalis an der Innenseite des Nabels vollständig. Die Vena umbilicalis des Nabelstranges mündete in die Vena epigastrica inferior profunda dextra ein. An der Unterfläche der Leber fand sich ein 15 mm langer Rest der Vena umbilicalis, der in einer sackförmigen Erweiterung blind endigte. Eine Ursache für die Anomalie war nicht zu ermitteln. Kurt Boas.

W. Steinmeier, Statistische Erhebungen über das Vorkommen von Meningitis tuberculosa bei anderweitiger Organtuberkulose usw. (Virchows Arch. f. path. Anatom. 216. H. 1—3.) In fast 45% der von dem Verf. untersuchten Fälle war die tuberkulöse Meningitis eine Teilerscheinung einer allgemeinen Tuberkulose. In über 7% bestand eine Kombination mit Tuberkulose der Harn- und Geschlechtswege. Kurt Boas.

G. Jochmann (†), Über die Diagnose der Pocken. (Aus der Abteilung für Infektionskrankheiten am Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin.) (Edenda. 216. H. 1—3.) Gelingt es, durch Verimpfung des Pustelinhaltes auf die Hornhaut des Kaninchens am 2. oder 3. Tage Guarninische Körperchen nachzuweisen, so spricht dieser Befund mit Sicherheit für Pocken. Kurt Boas.

Hagedorn, Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Tuberkulin Rosenbach. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 31. 1914. H. 1.) Tuberkulin Rosenbach ist zwar kein Heilmittel der chirurgischen Tuberkulose, ist jedoch ein wirksames Unterstützungsmittel der übrigen Behandlungsmethoden. Kurt Boas.

M. Büschel, Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach bei Lungentuberkulose. (Ebenda. 32. 1915. H. 1.) Verf. gelangt auf Grund seiner Erfahrungen zu einer Empfehlung des Rosenbachschen Tuberkulins in leichteren Fällen von Lungentuberkulose, während dessen Anwendung in schwereren Fällen nicht angezeigt erscheint. Kurt Boas.

H. Hermes, Hat der künstliche Radiergummi hygienische Nachteile gegenüber dem Naturgummi? (Ztschr. f. Hyg. u.

Infektionskrankh. 80. 1915. H. 1.) Aus den vorliegenden Untersuchungen haben sich Anhaltspunkte dafür nicht ergeben, daß der bei der Herstellung des künstlichen Radiergummis verwendete Chlorschwefel, oder die künstliche Radiermasse selbst, Faktis genannt, eine Schädigung der Gesundheit zur Folge hat. Kurt Boas.

Schrecker, Über Salvarsanbehandlung bei Säuglingen. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 19. 1914/15. H. 5. S. 149.) Bei brusternährten, mit Framboesie behafteten Säuglingen führte die Salvarsanbehandlung der Mutter auch die Heilung des Kindes herbei.

Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Karl Kofler, Die in den letzten fünf Jahren an der Klinik zur Behandlung gekommenen Fremdkörper des Larynx, der Trachea und der Bronchien. (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.) (W. kl. W. 1915 Nr. 40/41.) Verf. führt 25 Fälle vor. Fast zwei Drittel derselben betreffen Kinder. Der Fremdkörper war in der Mehrzahl der Fälle im rechten Bronchus lokalisiert. In 24 Fällen wurde die Bronchoscopia directa superior ausgeführt, fast stets in reiner Rückenlage. Bei Kindern machte Verf. stets die Allgemeinnarkose, speziell mit der Billroth-Mischung. 5mal kam es nach mehreren Stunden zur Tracheotomie infolge Schwellung der Schleimhaut des subglottischen Raumes, veranlaßt durch den Druck und den Reiz des Rohres. Die Frage, warum es manchmal zu stenosierenden Schwellungen im Larynx kam, glaubt Verf. dahin beantworten zu können, daß 1. die Weite des Rohres einigermaßen den Raumverhältnissen des kindlichen Larynx angepaßt werden soll, daß 2. der Eingriff nicht zu lange dauern darf, um einen auf die Schleimhaut des Larynx ausgeübten, zu lange dauernden Druck zu verhüten, und daß 3. gerade bei der Durchführung des Rohres durch die Glottis größtmögliche Vorsicht geübt werden soll. Verf. hat elliptisch geformte Rohre verschiedenen Kalibers zur Tracheo-Bronchoskopie für Kinder anfertigen lassen (J. Leitner, Wien), die neuen Killianschen Kinderrohre als Vorlage benutzend; sie unterscheiden sich von diesen nur durch die elliptische Form und durch die größere Länge (um etwa 5 cm). Die elliptische Form entspricht mehr der Form der Glottis und des subglottischen Raumes, so daß man ein größeres Rohr anwenden kann, als es sonst der Larynxweite des betreffenden Alters entspricht, und sie gewährt den Vorteil, daß der Führungsteil der Pinzette in die scharfe Krümmung der Ellipse zu liegen kommt und so den Überblick über das Gesichtsfeld weniger stört. Grätzer.

Ernst Muschallik, Augenerscheinungen bei Idiotie. (Aus der kgl. Augenklinik der Universität Breslau.) (W. kl. R. 1915 Nr. 37—42.) Verf. hat 87 Fälle von Idiotie zusammengetragen, die mit Augenerscheinungen kompliziert waren.

Die Häufigkeit der einzelnen Augensymptome geht noch näher aus nachfolgender Tabelle hervor. Unter den 87 Fällen fanden sich:

Strabismus in 36 Fällen	=	**41,3%**
Nystagmus in 26 Fällen	=	**30 %**
Linsentrübungen und Katarakt in 7 Fällen	=	**8 %**
Davon Cataracta zonularis in 3 Fällen	=	**3,4%**
Linsenluxation und Ektopie in 3 Fällen	=	**3,4%**
Iriskolobom in 2 Fällen	=	**2,3%**
Störungen der Pupillenreaktion in 9 Fällen	=	**10 %**
Davon Pupillenstarre in 3 Fällen	=	**3,4%**
Chorioidalkolobom in 2 Fällen	=	**2,3%**
Chorioiditis in 3 Fällen	=	**3,4%**
Chorioretinitis in 1 Falle	=	**1,1%**
Einfache Sehnervenatrophie in 19 Fällen	=	**21,8%**
Neuritische Atrophie in 1 Falle	=	**1,1%**
Neuritis in 2 Fällen	=	**2,3%**
Abblassung der Papille in 3 Fällen	=	**3,4%**
Stauungspapille in 1 Falle	=	**1,1%**
Retinitis pigment. in 1 Falle	=	**1,1%**
Neuroretinitis in 1 Falle	=	**1,1%**
Ptosis in 3 Fällen	=	**3,4%**
Membrana pup. persist. in 1 Falle	=	**1,1%**
Exzentrische Pupille in 1 Falle	=	**1,1%**

Außerdem fanden sich noch: Bewegungsbeschränkungen des Auges in 2 Fällen und je einmal: Schwäche des rechten Abduzens, Abduzenslähmung, Anomalien des Farbensinns, tiefliegende Bulbi, eine hochgradige Myopie von 20 D. und einmal Gesichtsfeldeinschränkung.

Familiäres Auftreten und Ätiologie. Unter den angeführten 87 Fällen sind 19 familiär aufgetreten, und zwar verteilen sie sich auf 7 Familien. 2mal traten die gleichen Symptome bei 4 Familienmitgliedern, es handelte sich um Geschwister, auf. In der einen Familie war 4mal Strabismus und in der anderen 4mal Strabismus mit Nystagmus vorhanden. Nonne berichtet von 3 Brüdern mit Intelligenzdefekt und einfacher Sehnervenatrophie und Nystagmus als Augenerscheinungen. Ebenfalls familiär traten die Fälle von Higier, Bourneville, Rowikowitsch, Fickler auf.

Was die Ätiologie anbetrifft, so sind die Angaben in den vorliegenden Fällen keine sehr ausführlichen, bisweilen wird nur die Möglichkeit des ätiologischen Momentes betont. Unter ihnen steht der Häufigkeit nach wieder die hereditäre Lues an der Spitze, die sich unter den 13 Angaben 5mal als ätiologisches Moment findet. Dann folgt je 3mal schweres Kopftrauma und schwere Entbindung und je 1mal hereditäre Belastung und Scharlach. In diesem letzten Falle, der von Beardsley mitgeteilt ist, soll sich nach Scharlach Idiotie mit völliger Amaurose ausgebildet haben. Dieser Fall verdient dadurch noch ein gewisses Interesse, daß der betreffende Knabe gleichzeitig eine Phimose und eine Paraplegie der unteren Extremitäten hatte. Es wurde die Zirkumzision der Phimose ausgeführt. Es wird nun berichtet, daß 4 Wochen nach der Operation das Kind gehen konnte und eine gewisse Lichtempfindung besaß. Wie weit und ob überhaupt ein Zusammenhang zwischen beiden Momenten besteht, mag dahingestellt bleiben.

Sehr wohl Beachtung verdienen die Vorschläge von Bull und Gelpke. Beide haben nachgewiesen, daß in vielen Fällen von

Intelligenzdefekten, die mit Augenerscheinungen kompliziert waren — es kann sich natürlich nur um geringere Grade von Intelligenzdefekten handeln — durch Korrektur oder Besserung der Augenkrankheiten auch eine wesentliche Förderung der geistigen Entwicklung erzielt wird. In Betracht kommen hier vor allen Dingen die Refraktionsanomalien, Myopie, Hyperopie und Astigmatismus sowie alle übrigen besserungsfähigen Erkrankungen des Auges, die eine Herabsetzung der Sehschärfe bedingen. Bull nennt an dieser Stelle vor allem auch die angeborene Katarakt und Gelpke die entzündlichen Erkrankungen des Augenäußern.

Dadurch gewinnen diese Untersuchungen auch an praktischem Wert und sind nicht nur von theoretischem Interesse; denn es ist ja die Aufgabe des Arztes, nicht nur Krankheiten zu erkennen, sondern sie zu heilen. Und die Ophthalmologie hat die, wenn auch sehr umgrenzte Aussicht, das im Grunde unheilbare Leiden zu bessern und so viele Kranke zu brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu machen. Grätzer.

Minna Christinger, Die Krankheit der drei Geschwister Weilemann. Klinischer Beitrag zur Kenntnis der heredofamiliären Erkrankungen. (Aus der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich.) (Diss. Zürich.) Die drei von der Verf. geschilderten Fälle stellen eine eigenartige Form der heredofamiliären Krankheiten dar, die am meisten Verwandtschaft mit der Marieschen oder hereditären zerebellaren Ataxie zeigen, sich von dieser aber durch eine Reihe von Symptomen unterscheiden.

Das gesamte Krankheitsbild kann kurz folgendermaßen charakterisiert werden. Es bestanden:

1. Epileptische Anfälle und Zuckungen.
2. Sekundäre Demenz.
3. Zerebellare Ataxie.
4. Chorea-Athetosis.
5. Hypotonie, verbunden mit Intentionshypertonie.
6. Infantilismus.

Makroskopisch-anatomisch findet sich eine kombinierte Atrophie von Groß- und Kleinhirn, ohne daß die prozentualischen Gewichtsverhältnisse verändert sind.

Mikroskopisch ist an kleinen, aus der Rinde des Großhirns exzidierten Partien eine Randgliose zu sehen. Das Kleinhirn zeigt keine Veränderungen. Kurt Boas.

W. Knoll, Die „Skrofulosen" der Züricher Heilstätte von 1885—1911. (Inaug.-Dissert., Zürich 1914.) Ausführliche Bearbeitung des Materials der Züricher Heilstätte, im ganzen 821 Kinder umfassend. Die statistischen Ergebnisse sind im einzelnen im Original nachzulesen. Kurt Boas.

M. S. Masloff, Über die biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus. Experimentelle Untersuchung der Einwirkung des Phosphors auf die Ent-

wicklung des Organismus und auf die intrazellulären Fermente. (Inaug.-Dissert., St. Petersburg 1913.) Auf Veranlassung von Frau Dr. Sieber-Schoumowa untersuchte der Verf. den Kreislauf des Phosphors im Organismus. Als Versuchsobjekte dienten mehrere Welpenfamilien, die soeben den Müttern abgenommen waren. Eine Gruppe der Versuchstiere wurde mit einem Brei gefüttert, der in genügender Menge Eiweiß, Fett, Kohlehydrate und wenig Phosphor enthielt, eine andere Gruppe erhielt zu diesem Brei noch Phosphate, eine dritte Glyzerophosphate und eine vierte Lezithin. Die fünfte Gruppe erhielt entweder Vollmilch oder Albuminmilch. Bei phosphorarmer Nahrung tritt allmählich Abmagerung ein, das Gewicht nimmt ab, und das Tier geht auf den Lauf. Die Untersuchung der Organe zeigt, daß unter solchen Bedingungen der Organismus auf Kosten seines Organphosphors lebt, denn der Phosphorgehalt der Organe nimmt nicht zu, sondern ab. Die Abnahme betrifft hauptsächlich den Gehalt an anorganischem Phosphor, viel weniger denjenigen an organischem. Die Entwicklung der intrazellulären Fermente (Katalase, Lipase, Amylase, Diastase, Nuklease) ist entweder angehalten oder sogar herabgesetzt. Der Zusatz von organischen Phosphaten oder Glyzerophosphaten hat keinen günstigen Einfluß: Die Organe zeigen Phosphorverarmung, und die intrazelluläre Fermentbildung wird durch die genannten Präparate nicht günstig beeinflußt. Dagegen erwies sich das Lezithin als leicht assimilierbares Phosphorpräparat: der Verf. fand eine zweifellose Phosphoranreicherung des Organismus. Besonders stieg der Gehalt an organischem Phosphor an. Was die intrazellulären Fermente anlangt, so werden einige Fermente durch Lezithin zu verstärkter Tätigkeit angeregt, wenngleich dieselbe hinter der Norm zurückbleibt. Andauernde Milchfütterung bedingt gleichfalls Phosphorhunger und wirkt abschwächend auf die Fermente. Auf Grund dieser Versuche kann geschlossen werden, daß reichlicher Gehalt der Nahrung an assimilierbarem Phosphor mit reichlicher Fermentbildung des Organismus parallel geht und daß eine Befähigung des Tierkörpers zur Synthese organischer Phosphorverbindungen unwahrscheinlich ist, daß die Anwendung von Phosphaten und Glyzerophosphaten einzuschränken ist und das Lezithin den Vorzug verdient, wenn Erhöhung des Phosphorgehaltes des Organismus oder Aktivierung der Fermenttätigkeit erstrebt wird. (Vgl. auch die weiteren Arbeiten des Verf.s in der „Biochemischen Zeitschrift" 1913.) Kurt Boas.

Worobieff und **Terimoff,** Ein Fall von angeborenem familiären Myxödem. Versuch einer Schilddrüsenimplantation. (Pediatria [Russisch] V. H. 11 u. 12.) In dem Falle des Verf.s wurde eine Schilddrüsentransplantation in die Bauchhaut vorgenommen. Der Zustand blieb danach derselbe wie vor der früher eingeleiteten Thyreoidinbehandlung. Die Schilddrüse wurde allmählich kleiner, was den Zustand des Kindes verschlimmerte, und verschwand nach 33 Tagen ganz, wonach der Zustand wieder der nämliche war wie vor der Thyreoidinkur. Diese wurde auch weiterhin fortgesetzt und hatte eine Besserung im Befinden des Kindes zur Folge.

Bemerkenswert war in dem Falle des Verf.s sonst noch das familiäre und kongenitale Auftreten der Erkrankung.

Kurt Boas.

Th. Diller and **J. Rosenbloom**, Metabolism studies in a case of myasthenia gravis. (From the wards of St. Francis Hospital and the Biochemical laboratory of the Western Pennsylvania Hospital, Pittsburgh, Pa.) (Amer. Journ. of medical Sciences. CXLVIII. p. 65. No. 1. July 1914.) Im Anschluß an den von dem einen Verf. (Diller) beobachteten Fall von Myasthenia gravis bei einem 16jährigen Jungen, der klinisch nichts besonders Bemerkenswertes bietet, berichtet der andere (Rosenbloom) über das Ergebnis von Stoffwechseluntersuchungen, die er in diesem Falle ausführte. R. berichtet zunächst über die besten vorliegenden Untersuchungen aus der Literatur und bespricht dann die von ihm benutzten Methoden zur Analyse des Harns, der Nährstoffe und des Kotes. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen sei hier folgendes mitgeteilt: Der „endogene" Stoffwechsel ist gestört, da zwei der Komponenten des Urins, die Harnsäure- und Kreatininausscheidung, bedeutend niedriger sind als in der Norm. Dies führt dazu, die Myasthenia gravis als eine Stoffwechselstörung der Muskulatur aufzufassen. Der Schwefelgehalt zeigt eine geringe Einbuße. Der als Ätherschwefel und organischer Schwefel ausgeschiedene Schwefel ist quantitativ normal, die Werte für den Neutralschwefel im Verhältnis zum Gesamtschwefel sind etwas erniedrigt. Weiterhin besteht ein deutlicher Ausfall von Kalzium in den Geweben und eine leichte Retention von Magnesium. Die Verteilung des Kalziumoxyds und Magnesiumoxyds ist gegenüber der Norm nicht verändert. Ebenso ist der Fettstoffwechsel innerhalb normaler Grenzen.

Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Hirschstein: **Über die Kaliumbehandlung des Keuchhustens und der Kinderpneumonie.** Die Kalisalze sind nicht die Herz- und Blutgifte schlechthin, als die sie heute in der Medizin gelten. Sie sind ein konstanter und unentbehrlicher Bestandteil der menschlichen Nahrung und in bestimmten Nahrungsmitteln, besonders in Kartoffel, Tomate, Zitrone, aber auch in Fleisch und Fleischextrakt reichlich enthalten. Die systematische Erforschung der Kaliwirkung wurde von dem Vortr. vor jetzt fünf Jahren in Angriff genommen, nachdem ein mehrere Wochen mit hohen Dosen durchgeführter Selbstversuch ergeben hatte, daß unter bestimmten Voraussetzungen die Kalizufuhr nicht ungünstig wirkt, sondern vielmehr notwendig ist und durch kein anderes Mittel ersetzt werden kann. Die Kaliwirkung kann, wie eine große Zahl von Beobachtungen ergab, sich in günstigem und ungünstigem Sinne äußern. Die günstige Wirkung überwiegt um so mehr, je jünger der Organismus ist, empfiehlt sich also von vornherein bei Erkrankungen des kindlichen Alters. Als für die Behandlung geeignet erwiesen sich insbesondere die akuten Erkrankungen der kindlichen Luftwege, die katarrhalische Kinderpneumonie und vor allen Dingen der Keuchhusten, bei dem die reichliche Zufuhr von Kalisalzen eine derartige Erleichterung der Anfälle und Verkürzung des gesamten Krankheitsverlaufes bewirkt, wie sie durch keine andere Maßnahme erzielt werden kann. Ungünstig wirkt die Kalizufuhr einmal bei bestehenden Krankheitszuständen der Niere und des Herzens, dann aber auch bei einer ganz bestimmten konstitutionellen Veranlagung, die man mit dem Namen der asthenischen Konstitution bezeichnen kann. Es gehören hierzu alle Formen

der Unterernährung und Muskelschwäche, ganz besonders aber die Tuberkulose, bei der übermäßige Kalizufuhr, auch in alimentärer Form, direkt verhängnisvoll wirken kann. Es handelt sich hier, wie an mehreren Beispielen bewiesen wird, um eigenartige Zustände von Kaliüberempfindlichkeit, die zurzeit noch Gegenstand der Untersuchung sind. Die Kalibehandlung bei den genannten Krankheitszuständen der Kinder geschieht entweder in Form einer das Kalium als Zitrat bzw. Tartrat enthaltenden Saturation, oder, noch bequemer, mit Hilfe des von dem Vortr. angegebenen und unter dem Namen Novotussol von der Adlerapotheke in Breslau in den Handel gebrachten Kalibrausesalzes. Die letztgenannte Anwendung ist besonders für die Zwecke der Keuchhustenbehandlung indiziert, bei der die Kalizufuhr in relativ hohen Dosen längere Zeit hindurch fortgesetzt werden muß. Daß die Kalitherapie bei strikter Indikationsstellung auch für das zarteste Kindesalter ungefährlich ist und in vielen Fällen direkt lebensrettend wirkt, geht daraus hervor, daß selbst Säuglinge bis herab zu 3 Monaten dieser Behandlung mit durchaus befriedigendem Erfolge unterzogen werden konnten. Durch Nachprüfung von anderer Seite sind gleichfalls gute Resultate mit der Anwendung der Kalitherapie erzielt worden, wie die folgenden zur Veröffentlichung freundlichst überlassenen Berichte beweisen: Herr Dr. Ewald hat in dem seiner Leitung unterstellten Krüppelheim in Stellingen gelegentlich einer dort ausgebrochenen Keuchhustenepidemie die Kalitherapie angewendet und schreibt darüber: „Acht Kinder von 5—13 Jahren wurden auf der Höhe des Keuchhustens, als das Stadium convulsivum (Erbrechen) begann, mit Ihrem Mittel behandelt. Die Anfälle wurden schon am 2. Tage leichter, traten nicht mehr so häufig auf, das Erbrechen hörte in allen Fällen spätestens nach 12 Tagen auf, damit auch der Husten. Das Mittel wurde gern genommen, sogar verlangt, bis auf einen Fall gut vertragen. In diesem (Hydrocephalus, Klumpfüße) trat nach 8 Tagen Schlaffheit, Unlust, Appetitlosigkeit und Durchfall ein, nach Aussetzen des Mittels erfolgte in einigen Tagen völlige Wiederherstellung." Herr Dr. Theuer (Deutsch-Krawarn) schreibt unaufgefordert folgendes: „Es dürfte Sie interessieren, zu erfahren, daß ich mit der mir freundlichst überlassenen Probemenge Ihres Novotussols einen $4^1/_2$jährigen Knaben vom Tode gerettet habe. Derselbe hatte eine eminent schwere kruppöse Lungenentzündung mit Delirien, kolossalen Temperaturen und absoluter Bewußtlosigkeit. Alle bekannten Mittel und hydropathischen Maßnahmen versagten. In der äußersten Not nahm ich Ihr Novotussol mit ans Krankenbett und ließ stündlich einen Teelöffel in Himbeerwasser geben. Offen gestanden tat ich das nur „ut aliquid fiat". Stündlich erwartete ich, daß ich von dem eingetretenen Exitus benachrichtigt werden würde. Anstatt dessen fand ich den Knaben, als ich schweren Herzens am nächsten Morgen zu ihm kam, völlig fieberfrei, fidel und hungrig. Die Eltern erzählten mir, er habe die ganze Nacht ruhig geschlafen und nehme Ihr Präparat sehr gern. Nach 3 Tagen war das Kind gesund."

Kellner: a) **Kretinismus bei Erbsyphilis.** — b) **Aortenstenose bei Erbsyphilis.** a) Vorstellung eines Kretins mit ausgeprägtesten Symptomen des Kretinismus auf der Basis einer erbsyphilitischen Erkrankung der Schilddrüse.

b) Demonstration des Herzens und der Aorta eines im 15. Jahre gestorbenen erbsyphilitischen idiotischen Mädchens. Das in jeder Beziehung unentwickelte und auf gänzlich infantiler Stufe stehen gebliebene Mädchen zeigte ein kolossales Herz mit gesunden Klappen, daneben eine sehr enge, im aufsteigenden Aste nur für einen Bleistift durchgängige Aorta. (Ärztl. Verein in Hamburg, 26. Mai 1914.)

Kostan: **Hysterische Kontraktur eines Erwachsenen auf Grund kindlichen Traumas.** Franz K. hat in seinem 6. Lebensjahr einen Armbruch links erlitten. Dieser ist ohne jede nachweisbare Kallusbildung und ohne Hinterlassung einer vaskulären Schwäche ausgeheilt. Trotzdem behauptet K., seit dieser Zeit bis jetzt dauernd im Gebrauch des linken Armes stark behindert zu sein, da dieser versteift sei. In der Tat erscheinen seine Bewegungen, besonders wenn er sich beobachtet weiß, höchst ungelenk. Das Ellbogengelenk wird dabei nicht gestreckt, ebensowenig ein Teil der Finger der linken Hand, ein anderer Teil wird ganz steif gehalten. Das Vorhandensein vieler Symptome funktioneller Art (Nachröten, Ovarie, erhöhte Reflexe, gliedweise sich peripherisch vom Acromion ab erstreckende Hypalgesie) und der Mangel jeden organischen Befundes lassen die Krankheit als traumatische Neurose erkennen. Auffallend hierbei ist, daß das Trauma so-

weit in der Jugend zurückliegt, während sonst die psychogenen Störungen im Kindesalter verhältnismäßig leicht überwunden werden. Da wir für die Entstehung einer traumatischen Neurose stets das Vorhandensein einer geeigneten Disposition annehmen, so scheint es erwähnenswert, daß der Pat. noch ein anderes Stigma neuropathischer Veranlagung zeigt, nämlich einen Tic facial im Gebiet des rechten Mundwinkels.

(Verein f. wissenschaftl. Heilk., Königsberg, 23. Nov. 1914.)

Frau Schütz: **Elephantiasis lipomatosa congenita.** Es handelt sich um eine 26jährige Pat., die bei der Flucht vor den Russen nach Königsberg verschlagen worden ist. Bemerkenswert ist, daß die Kranke sich bisher noch niemals in ärztliche Behandlung begeben hat, ferner, daß sie bis in die letzte Zeit hinein imstande gewesen ist, alle vorkommenden häuslichen Arbeiten, wie Scheuern und Fegen usw. zu verrichten, soweit sie dies mit dem gesunden Arm ausführen konnte. Die Anamnese ergibt, daß weder in der näheren noch weiteren Verwandtschaft Mißbildungen oder Geschwülste bekannt sind. Das Mädchen gibt an, der linke Arm sei bereits bei der Geburt auffallend groß gewesen. Solange sie zurück denken könne, habe sie den Riesenarm gehabt, er sei stets ihrem Wachstum entsprechend mitgewachsen. Seit April dieses Jahres hätten sich offene Stellen gebildet, und erst seit dieser Zeit hätte sie Schmerzen verspürt. Der Untersuchungsbefund ergibt ein grazil gebautes Mädchen von dünnem Knochenbau, gering entwickelter Muskulatur, blasser Hautfarbe und auffallend dürftigem Fettpolster. Ihr Körpergewicht (nach Amputation des Armes) beträgt 39,2 kg, der amputierte Arm wog 21 kg. Nur der oberste Teil des linken Oberarmes zeigte dem rechten entsprechende Verhältnisse. Etwa von der Mitte ab ist der Arm in eine gewaltige Tumormasse verwandelt, deren größter Umfang 89 cm beträgt. Drei Finger ragen aus den Geschwulstmassen heraus und können von der Pat. bewegt werden. Die übrigen Finger sind, wie die Röntgenaufnahme zeigt, im Innern der Tumormasse eingebettet. Ausgedehnte Dekubitalgeschwüre sind an mehreren Stellen vorhanden. Der Tumor selbst zeigt in seiner ganzen Ausdehnung eine mäßig weiche Konsistenz, dieselbe Konsistenz eine lateral der linken Mamma gelegene Geschwulst. Auf Grund der klinischen Erscheinungen ist der Tumor als durchaus gutartig und, vorbehaltlich der histologischen Untersuchung, als angeborene lipomatöse Elephantiasis anzusehen.

(Verein f. wissenschaftl. Heilk., Königsberg, 9. Nov. 1914.)

Benthin (Königsberg i. Pr.): **Zystenniere beim Neugeborenen.** Das Kind stammt von einer Drittgebärenden. Der Kopf wurde in Gesichtslage spontan geboren, beide Arme folgten bald nach; 3 Stunden lange Bemühungen durch einen Arzt, den Rumpf zu entwickeln, waren ohne Erfolg. In der Königsberger Universitäts-Frauenklinik wurde der Bauch perforiert und sehr reichlich bernsteinklare, urinöse Flüssigkeit entleert. Nach der Entwickelung des Kindes fand sich an der linken Uteruskante eine gut 5 cm lange Ruptur; eine Blutung trat nicht auf; Heilung durch supravaginale Amputation. Eine Uterusruptur ist nach dem Vortr. bei derartigen Fällen bisher nicht beobachtet worden. Die Sektion des Kindes zeigte, daß fast die ganze Bauchhöhle von einem zystischen Tumor der rechten Niere ausgefüllt wurde; der rechte Ureter war verschlossen. Mikroskopisch fanden sich zahlreiche, für die Zystenniere charakteristische, kleine Zysten und überraschenderweise enthielt auch die makroskopisch gesunde linke Niere ebenfalls solche. Bezüglich der Genese glaubt Vortr., daß es sich um eine Hemmungsbildung handelt, dafür spricht ihm, daß sich in dem vorliegenden Falle auch noch ein Anencephalus vorfindet.

(Nordostdeutsche Gesellsch. f. Gynäk., 20. Juni 1914.)

III. Therapeutische Notizen.

Über Mundpflege. Von Dr. F. Franke (Frankfurt a. M.). Versuche mit einem neuen Mittel, das unter dem Namen „Ortizon-Mundwasserkugeln" in den Handel gebracht wird. Das Ergebnis dieser Versuche war ein so ausgezeichnetes, daß das neue Präparat mit gutem Gewissen als das beste, zurzeit bekannte Mundpflegemittel empfohlen werden kann. Die Vorteile der Ortizon-Mundwasserkugeln sind folgende: 1. sie besitzen einen Gehalt von etwa 30% H_2O_2;

2. sie stellen als feste H_2O_2-Verbindung die denkbar handlichste Form dar, sind sauber, sparsam und leicht transportabel; 3. sie haben einen angenehmen, erfrischenden Geschmack; 4. sie sind dauernd haltbar, ohne in ihrem Gehalt an H_2O_2 zurückzugehen; 5. sie sind als säurefreies Präparat völlig unschädlich für Mund und Zähne. In lauem Wasser lösen sich die Ortizon-Mundwasserkugeln fast sofort auf. Bürstet man mit dieser Lösung die Zähne tüchtig ab und spült damit etwa 3mal hintereinander den Mund gut aus, so läßt sich in etwa 5 Minuten eine durchaus erfolgreiche Munddesinfektion durchführen. Das Auftreten energischer Schaumbildung und der charakteristisch frische Geschmack im Mund können als bester Beweis für die Wirksamkeit des Mundwassers gelten. Auch der langanhaltende üble Geschmack und Geruch nach Bier- bzw. Tabakgenuß verschwindet fast sofort. Verf. hat bei Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie Aphthen, Soor und Zahnfleischentzündungen mit Ortizonlösung immer gute Resultate erzielt. Ferner leisteten bei Hals- und Mandelentzündungen Gurgelungen mit Ortizon gute Dienste, auch ist die Verwendung des letzteren namentlich in der Kinderpraxis zu empfehlen wegen seiner völligen Ungiftigkeit. Verschlucken der Lösung kann niemals gefährlich werden. (Allg. m. Ztg. 1914 Nr. 22.)

Über Angiers Emulsion in der Frauenpraxis. Von D. J. Sfakianakis. (Aus der Klinik und Poliklinik von Prof. W. Nagel in Berlin.) Die Emulsio Angier stellt eine weißliche, in Konsistenz und Farbe an frische Sahne erinnernde Masse dar, die absolut geruchlos ist, angenehm schmeckt und mit Wasser oder anderen Flüssigkeiten leicht mischbar ist. Der pharmakologisch wichtigste Bestandteil des Mittels ist das Ol. paraffinatum liqu. der deutschen Pharmakopoe, das mit Glyzerin eine feine, ölige Emulsion bildet, in der phosphorsaure Salze suspendiert sind. In 100 ccm der Emulsion sind im einzelnen enthalten:

1,13 Calcium hypophosphoricum
0,87 Natrium ,,
0,65 Natrium benzoicum
5,42 Glyzerin
34,7 Paraff. liqu. puriss. (speciali modo Angier parat.)

Von ihren sonstigen Eigenschaften muß noch hervorgehoben werden, daß im Gegensatz zum Lebertran das Paraffin nicht ranzig wird und in Verbindung mit anorganischen Salzen unbeschränkt haltbar bleibt. Der therapeutische Effekt zeigte sich schon nach überraschend kurzer Zeit, meist schon nach dem Gebrauche einiger Flaschen. Das Mittel wurde in der Dosis von 4mal 2—4 Teelöffel nach den Mahlzeiten von allen Pat. gern genommen. Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Diese klinischen Resultate haben auch ihrerseits den Beweis erbracht, daß Angiers Emulsion ein Adjuvans ist, auf das der Therapeut in erster Linie zurückgreifen sollte, wenn er durch Regulierung der Darmtätigkeit fördernd auf das Allgemeinbefinden einwirken will. Es wird ihm von großem Nutzen sein bei allen Fällen von Konstipation und Flatulenz, sowie nach gynäkologischen Operationen und wird ihm bei entsprechender Indikationsstellung auch bei Bekämpfung der Chlorose und Anämie und der durch diese bedingten Menstruationsbeschwerden und der an schwere Blutungen sich anschließenden Schwächezustände gute Dienste leisten. Als einen besonders für den Pat. ins Gewicht fallenden Vorzug möchte Verf. nochmals seinen guten Geschmack und dann seine leichte und angenehme Darreichungs- und Zubereitungsweise hervorheben, die so gar nicht an Medikament und Apotheke erinnert. (D. m. W. 1914 Nr. 9.)

Die Einwirkung der in den Landecker Quellen enthaltenen Radiumemanation auf entzündliche Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Von Dr. Lachmann, Bad Landeck i. Schl., Bassinbäder und Sitzungen im Radium-Emanatorium. Diese beiden sind vom Verf. bei der Verordnung weit bevorzugt worden, und sie haben erfüllt, was Verf. von ihnen erwartet hatte. Die Beobachtungen in jahrelanger Praxis hatten Verf. gezeigt, daß die Bassinbäder trotz ihrer niedrigen Temperatur eine weit stärker resorbierende und auflösende Wirkung entfalten als die beliebig hoch temperierbaren Wannenbäder. Es kann kaum einem Zweifel unterliegen, daß wir hierin eine reine Wirkung der Radiumemanation zu sehen haben, die ja in dem unmittelbar aus der Erde dem Bassin zuströmenden, sich stets erneuernden Wasser viel stärker wirken muß als in den Wannenbädern, denen das Wasser auf dem Umwege über ein Reservoir und eine lange Röhren-

leitung zufließt. Auch die Erfahrungen der letzten 2 Jahre mit dem seit dieser Zeit bestehenden Radiumemanatorium scheinen, soweit sich das bei der Kürze der Beobachtungszeit übersehen läßt, die Auffassung zu bestätigen, daß es der Gehalt der Quellen auf Radiumemanation ist, dem Landeck seinen Ruf bei den chronischen Entzündungen der weiblichen Sexualorgane verdankt.

(Ztschr. f. Baln. VII. 1914.)

Über die Erfolge des Biozyme-Bolus in der gynäkologischen Praxis. Von W. Schönwitz (Klinik von Prof. Nagel, Berlin). Das Präparat (Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M.), ein geruchloses, grauweißes Pulver, bestehend aus kräftiger lebender Kulturhefe, sterilisiertem Bolus und Zucker, hat sich bei allen Arten von Fluor albus, bei akuter und chronischer Gonorrhoe, Erosionen, bei Colpitis und Vulvitis ausgezeichnet bewährt, namentlich aber bei akuter vaginaler Gonorrhoe. Die Technik der Behandlung ist folgende: Zuerst wird die Vagina durch Wattetampons von Sekret gesäubert und ausgetrocknet, dann mit 5—10 g „Biozyme-Bolus" eingepuderte Mulltampons oder das Pulver selbst unter Leitung des Spekulums in die Vagina eingebracht. Schädliche Folgen der Behandlung wurden in keinem Falle gesehen. Die Pat. können dabei ruhig ihrer Beschäftigung nachgehen und spüren durch die Behandlung gar keine Belästigung. Verf. zweifelt nicht, daß der „Biozyme-Bolus" wegen seiner Haltbarkeit, verhältnismäßiger Billigkeit (Originalglas 2 Mark, Kassenpackung 1,30 Mark), Einfachheit in der Behandlung und der ausgezeichneten therapeutischen Eigenschaften in der gynäkologischen Praxis sich dauernden Platz erwerben wird.

(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 12.)

Neuere Methoden der Lupusbehandlung. Von Dr. W. Schönfeld. (Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten in Würzburg.) „Nach seinen eigenen Erfahrungen kann Verf. sagen, daß sowohl den Kupferpräparaten wie dem Goldzyan und Salvarsan eine gewisse Einwirkung auf tuberkulöse Prozesse zukommt. Die örtliche Wirkung der Kupferpräparate ist eine Ätzwirkung, ähnlich der der Pyrogallussäure. Beim Goldzyan und Salvarsan scheint uns diese Wirkung in der Hauptsache darin zu bestehen, daß beide Präparate das tuberkulöse Gewebe für das Tuberkulin besser angreifbar machen. Die Ergebnisse der Behandlung mit diesen Methoden sind bisher jedenfalls keine besseren, zum Teil sogar vielfach wesentlich geringere, als sie Verf. mit seinen früheren, allerdings auch noch recht mangelhaften Methoden erzielt hat. Gewiß ist jedes neue Mittel das irgendeinen Erfolg verspricht, gerade für die Lupusbehandlung von Wert, und von diesem Gesichtspunkt aus kann die Behandlung mit Kupferpräparaten, mit Goldzyan oder Salvarsan vielleicht in dem einen oder anderen Falle Gutes leisten. Spezifische Heilmittel haben wir in ihnen noch nicht; Verf. hält es allerdings für möglich, daß wir auf ähnlichem oder gleichem Wege einmal zu einer wirklichen Chemotherapie der Tuberkulose, insbesondere der Hauttuberkulose, kommen können."

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 21.)

Zur diätetisch-pharmazeutischen Epilepsiebehandlung. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg (Berlin). Empfehlung von „Bromotost". Es sind das Zwiebacke von der für diese Backform üblichen Größe, die von der Konditorei F. W. Gumpert in Berlin hergestellt werden. Jeder dieser Zwiebacke entspricht einer Einzeldosis von 0,5 NaBr und enthält daneben (wie auch die Sedobrolwürfel) nur noch geringfügige Quanten von NaCl, da bei ihrer Bereitung nur ungesalzene Butter zur Verwendung kommt. Nimmt man 3,0 als die bei erwachsenen Epileptikern durchschnittlich erforderliche Tagesdosis an, so würden 6 solcher Zwiebacke in entsprechender Tagesverteilung genügen, während in außergewöhnlich schweren Fällen allerdings wohl nicht selten 8 und selbst 10 Zwiebacke täglich verzehrt werden müßten. Preis eines Pakets mit 10 solcher bromsalzhaltigen Zwiebacke stellt sich auf 30 Pfennig — das ergibt also unter den obigen Voraussetzungen einen täglichen Verbrauch von durchschnittlich 18 (im Höchstfalle 30) Pfennig, ziemlich ähnlich wie beim Sedobrol, wobei aber doch der so viel größere Nährwert der Zwiebacke noch zu berücksichtigen ist. Über Haltbarkeit und Geschmack des Zwiebacks auch nach längerer Aufbewahrung kann Verf. auf Grund eigener Erprobung nur Günstiges berichten. Sie sind, mit entsprechender Preisherabsetzung, auch in größeren Kartons zu 200 Stück erhältlich, so daß es keine Schwierigkeit hat, sich immer auf länger als einen Monat hinaus damit zu „verproviantieren", und dürften sich somit zu weiteren Versuchen in der ärzt-

lichen Praxis als bequeme und leicht zugängliche Methode der Verbindung von Bromtherapie und salzarmer Kost, vielleicht abwechselnd mit der Sedobrolbehandlung oder neben dieser, besonders empfehlen. Natürlich können sie auch abgesehen von der Epilepsiebehandlung, zu rein sedativen Zwecken der Bromsalztherapie Anwendung finden. (M. Kl. 1914 Nr. 12.)

Jodtinktur, Perubalsam und Wasserstoffsuperoxyd mittels Zerstäuber angewandt. Von Dr. Dedolph. (Aus dem Reservelazarett II in Aachen.) Um Jod zu sparen, kam Verf. auf den Gedanken, den Spray zu versuchen. Dieser hat sich hier schon seit mehreren Monaten bewährt.

Verf. faßt seine Vorzüge wie folgt zusammen:

1. Der Jodverbrauch ist sehr gering. Es ist schwer festzustellen, wieviel bisher mit der Gaze fortgeworfen wurde, sicher mehr als die Hälfte. Wenn man bedenkt, daß 100 g 5%ige Jodtinktur etwa 1,50 Mark kosten, so glaubt Verf. daß der Verlust nicht gering ist. Ein Spray macht sich daher in kurzer Zeit bezahlt, zumal wenn man bedenkt, daß auch Gaze gespart wird.

2. Die Finger bleiben rein.

3. Das Jod gelangt in alle Fugen und Höhlen der Wunden, die mit der Gaze überhaupt nicht erreicht werden können. Hierauf beruht die Tatsache daß die mit dem Spray behandelten verjauchten Wunden sich viel schneller reinigen als die mit Jodgazetupfer behandelten. Ferner kann man mit dem Spray die Jodtinktur auch nach Resektionen sehr bequem in Gelenke oder Knochenhöhlen bringen oder auf die Wundflächen nach Amputationen, in die Pleurahöhle nach Empyemoperationen usw.

4. Dem Patienten werden Schmerzen erspart, da eine Berührung der Wunde nicht stattfindet.

5. Der Spray kann auch zur Desinfektion des Operationsgebietes vorteilhaft Verwendung finden.

6. Der Jodspray hindert die Tinktur am Verdunsten, vermeidet also eine Konzentration derselben, wie sie stattfindet, wenn man sie in offenen Schalen stehen läßt.

Der gewöhnliche Spray versagt beim Schiefhalten, wenn man Körperstellen treffen will, welche nach unten liegen. Verf. ließ sich daher einen Apparat anfertigen, welcher die Ausstromöffnung durch dünne Gummischläuche beweglich machte, so daß man bequem alle Körperstellen erreichen konnte. Um ein spontanes Ausfließen der Tinktur zu verhüten, muß man während des Gebrauchs die Flasche tief halten, d. h. den Flüssigkeitsspiegel tiefer als die Ausstromöffnung, und ferner nach dem Gebrauch die Spitze an den an der Flasche angebrachten Haken hängen. Man kann den Zerstäuber natürlich ebensogut wie bei Jodtinktur auch bei Wasserstoffsuperoxyd, Perubalsam, verdünnt mit Spiritus und anderen Medikamenten gebrauchen. Zu beziehen ist der Apparat von der Firma Corn. Heinz, Aachen, Vincenzstr. 15. (D. m. W. 1915 Nr. 4.)

IV. Monats-Chronik.

Breslau. Der Magistrat hat beschlossen, Diphtherie-Heilserum unentgeltlich durch die Apotheken an Angehörige von Kriegsteilnehmern zu verabfolgen; auch sollen sie im Falle einer Erkrankung an Diphtherie unentgeltlich im Allerheiligen-Hospital aufgenommen werden.

Durch Ministerialerlaß ist für Sachsen-Weimar bestimmt, daß vom 1. I. ab der Lehrgang für Säuglingspflegerinnen neun Monate beträgt; auch können Personen ohne Abgangszeugnis einer höheren Mädchenschule vom Ministerium ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie eine ausreichende sonstige Schulbildung nachweisen.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

// Zentralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. März 1916. Nr. 3.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Basileios Photakis, Das Auftreten unreifer Leukozyten im Blut bei Infektionskrankheiten. (Aus der II. Medizinischen Universitätsklinik in Berlin.) (D. m. W. 1915 Nr. 44.) Da die Frage nach der Bedeutung der Leukozyten und ihrer Jugendformen bei den Infektionskrankheiten von den verschiedenen Autoren noch nicht eindeutig beantwortet wird, hat Verf. auf der Infektionsabteilung der Kgl. Charité bei allen während des Krieges zur Aufnahme gelangten Fällen von infektiösen Erkrankungen das Blutbild einer genauen Untersuchung unterzogen, die sich namentlich auch auf die qualitativen und quantitativen Verhältnisse der Jugendformen erstreckte. Auch hat Verf. im Pathologischen Institut der Universität das Knochenmark bei einer Reihe von Infektionskrankheiten bezüglich der Regeneration der weißen Blutzellen untersucht. Als solche Jugendformen der Leukozyten sprechen wir nach der von Pappenheim getroffenen Unterscheidung die folgenden an:

1. Leukoblasten, 2. Promyelozyten, 3. Myelozyten, 4. Metamyelozyten.

Die Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, daß bei der Mehrzahl der Fälle von Infektionskrankheiten je nach der Stärke der Knochenmarkreizung echte Jugendformen in verschiedener Art und Menge im peripherischen Blut aufzufinden waren.

Bei 32 auf nachstehenden Tabellen zusammengestellten Fällen, die nur das Material eines bestimmten Zeitabschnittes umfassen, waren in 20 Fällen Jugendformen von Leukozyten im Blut vorhanden. Dabei hat Verf. nur mäßiggradige Leukozytosen in der Tabelle berücksichtigt (bis etwa 20000 Leukozyten), sowie Leukopenien (bis 1500 Leukozyten). Auch die Fälle von Sepsis hat er in der Übersicht nicht mit aufgenommen, da bei ihnen das Auftreten selbst ganz unreifer Jugendformen (Myeloblasten) nach Art eines leukämischen Blutbildes hinlänglich bekannt ist. Auch bei anderen Fällen mit sehr hohen Leukozytenwerten hat Verf. vereinzelt Leukoblasten gefunden.

Die Stärke der Knochenmarkreizung durch die bakteriellen Gifte kann demnach verschiedene Grade erreichen. Wir können unterscheiden:

1. Neutrophile Leukozytose ohne Jugendformen, 2. neutrophile Leukozytose mit Metamyelozyten, 3. neutrophile Leukozytose mit Metamyelozyten, Myelozyten und Promyelozyten, 4. (selten, nur bei

Tabelle 1.
Leukozytose bei Infektionskrankheiten mit Auftreten von Jugendformen.

Krankheit	Promyelozyten	Myelozyten		Metamyelozyten		Leukozyten		Monozyten	Lymphozyten
		N.[1])	E.[1])	N.	E.	N.	E.		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Pneumonie	4	2	—	9	—	70	—	4	11
,,	—	—	—	8	—	70	—	3	19
,,	2	3	—	10	—	60	—	9	16
Scharlach	—	3	—	18	1	60	2	1	15
,,	—	—	—	22	1	70	3	—	4
,,	—	2	—	13	1	64	3	1	16
,,	—	—	—	3	—	65	4	4	24
,,	—	7	—	4	—	67	3	10	15
,,	—	—	—	4	1	62	3	3	27
,,	—	—	—	2	—	80	1	7	10
,,	—	—	1	18	—	50	2	9	20
,,	—	2	—	10	—	69	1	8	10
,,	—	—	—	10		82	—	6	2
Erysipelas	—	3	—	10	—	80	1	2	4
,,	—	1	—	11	—	75	—	6	7
,,	—	—	—	10	—	68	—	5	17
Diphtherie	1	3	—	15	—	50	1	10	20
,,	2	2	—	20	—	55	—	8	13
Tuberkulose	—	5	—	16	1	53	—	5	20
Typhus	10	2	—	19	—	58	—	2	19
,,	—	1	—	21	—	55	—	5	18

Tabelle 2.
Leukozytose bei Infektionskrankheiten ohne Auftreten von Jugendformen.

Krankheiten	Leukozyten			Monozyten	Lymphozyten
	N.[1])	B.[1])	E.[1])		
	%	%	%	%	%
Diphtherie	74	1	—	10	15
Scharlach	70	—	3	7	20
,,	75	—	2	8	15
Erysipelas	70	—	—	10	20
,,	65	—	—	10	25
,,	75	—	—	8	17
,,	73	—	—	10	17
Typhus	70	—	—	6	24
,,	77	1	—	4	18
Tuberkulose	71	—	2	8	19
,,	76	—	1	4	19

sehr schweren Infektionen, besonders bei Sepsis) alle Jugendformen bis herauf zu den Myeloblasten (wie beim leukämischen Blutbilde).

Entsprechend findet man auch bei den zur Sektion gelangten Fällen im Knochenmark Regenerationsherde. An den verschiedensten

[1]) N. = Neutrophil, B. = Basophil, E. = Eosinophil.

Stellen konnte Verf. im Fettmark mehr oder weniger große und zahlreiche Herde roten Marks finden, die im histologischen Bilde die außerordentlich lebhafte Regeneration der weißen Blutzellen an ihren Bildungsstätten erkennen ließen.

Nach diesen Ergebnissen ist somit bei manchen Infektionskrankheiten die Verschiebung des Blutbildes nach links zweifellos, so daß im Blut gegenüber der Norm mehr amblychromatische Promyelozyten, Myelozyten und vor allen Dingen unsegmentierte und buchtkernige Metamyelozyten auftreten.

Zum Maßstab des Alters ist dabei nicht nur die äußere Kernform, sondern hauptsächlich auch die innere Kernstruktur zu verwerten. Die Kernstruktur der Jugendzellen ist amblychromatisch gegenüber der trachychromatischen Kernstruktur der reiferen Zellen. Verf. hat daher stets bei der Auszählung nicht allein die Zahl der Kernlappungen, sondern auch die Kernstruktur berücksichtigt.

Wie auch aus der vorliegenden Arbeit ersichtlich ist, besteht in der Hämatologie die Möglichkeit, eine ziemlich scharfe Grenze zwischen normalem und pathologischem Geschehen zu ziehen. Dabei ist es jedoch unerläßlich, die verschiedenen Formen der Leukozyten nach der Pappenheimschen Panchromfärbung (May — Grünwald — Giemsa) genau zu differenziieren, da durch diese Färbung jede Zelle je nach ihrem Alter und ihrer Reife die genannten besonderen Kennzeichen aufweist.

Das Auftreten von Jugendformen der Leukozyten im peripherischen Blut gibt uns demnach einen klinisch bedeutungsvollen Anhaltspunkt für die Schwere der Knochenmarkreizung infolge der Giftwirkung der Infektionserreger, und damit zugleich auch in gewissem Grade für die Schwere der Infektion. Natürlich kann man die Schwere der Infektion und den Grad der Widerstandsfähigkeit des Organismus nicht allein aus dem Blutbilde ablesen. Aber im Verein mit den anderen klinischen Untersuchungsbefunden möchte Verf. auch der Bewertung der Leukozytenformen mit besonderer Berücksichtigung der Jugendformen ihren Platz für die Stellung der Diagnose und Prognose sichern. Grätzer.

Albert Niemann, Das individuelle Moment in der Säuglingsernährung. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.) (D. m. W. 1915 Nr. 45.) Wir müssen uns darüber klar sein, daß niemals eine Nahrung für alle Säuglinge passen kann, auch wenn ihre Zusammensetzung dem Durchschnittsgehalt der Frauenmilch entspricht. In jedem einzelnen Falle müssen wir uns darüber klar zu werden suchen, welche Wirkung wir von den einzelnen Bestandteilen der Nahrung zu erwarten haben, und danach handeln.

Leider sind alle Methoden, über die wir verfügen, um die Reaktion eines Säuglings auf einen bestimmten Nahrungsstoff zu prüfen, heute noch nicht von der für die Praxis notwendigen Einfachheit. Wir können auch weder beim gesunden noch beim kranken Säugling aus dem klinischen Befunde mit Sicherheit ablesen, wie er auf eine bestimmte Nahrung reagieren wird. Auch bei alimentär erkrankten Säuglingen liefert die Anamnese bzw. die Genese der Er-

krankung in dieser Beziehung keine sicheren Anhaltspunkte. Ist z. B. ein Säugling durch Kohlehydrate geschädigt worden, sei es akut bis zu heftigen Durchfällen, sei es chronisch bis zur Entstehung des Krankheitsbildes, das wir als Mehlnährschaden bezeichnen, so dürfen wir bei der weiteren Ernährung dieses Kindes durchaus nicht ohne weiteres von der Annahme ausgehen, daß es auf Kohlehydrat schlecht reagiert, daß daher dieses zu meiden und etwa Milch bzw. Fett zu bevorzugen sei. Es kann sich dabei sehr wohl um ein Kind handeln, das gerade Fett schlecht verträgt und mit Kohlehydraten gut gedeiht: so geartete Individuen verleiten leicht zum Mißbrauch der Kohlehydrate, und erst hierdurch wird der Mehlnährschaden, werden die Durchfälle hervorgerufen.

Die wissenschaftliche Pädiatrie muß nicht nur darauf verzichten, eine für alle Säuglinge passende künstliche Nahrung zu finden, sie kann auch nicht einmal für einzelne Fälle alimentärer Erkrankung dem Praktiker generelle Ernährungsvorschriften an die Hand geben, eben weil die Reaktion des Säuglings auf einen bestimmten Nahrungsstoff niemals als konstanter Faktor in Rechnung gestellt werden kann. Für den, der Säuglinge ernähren will, bleibt demnach als einziges zuverlässiges Kriterium die Beobachtung des Ernährungserfolges im einzelnen Falle, d. h. eine kritische Würdigung dessen, was mit einer bestimmten Nahrung bei einem bestimmten Säugling zu erreichen ist. Hier ist eine möglichst reiche Erfahrung am Krankenbette von Nutzen. Wer sie nicht besitzt, der wird oft in Verlegenheit kommen, auch wenn ihm die modernsten Nahrungsgemische trinkfertig zur Verfügung stehen. Wer aber über genügende Erfahrung verfügt, der wird sich mit den einfachsten Mitteln zu helfen wissen. Leiter größerer Säuglingsstationen pflegen bestimmte Ernährungsmethoden — vielfach von ihnen selbst eingeführte — zu bevorzugen; so verschieden diese Methoden unter sich sind — jeder kommt mit der seinen zum Ziel, weil er die Wirkung der betreffenden Nahrung genau kennt, die Fälle richtig auszuwählen und den Ernährungserfolg richtig zu beurteilen versteht, während in anderen Händen dieselben Ernährungsmethoden nicht immer dasselbe leisten.

Es muß daher immer wieder betont werden, daß Studierenden wie Ärzten nicht genug Gelegenheit gegeben werden kann, durch eigene Beobachtung Erfahrungen in der Ernährung von Säuglingen zu sammeln. Nur so können sie, was für die Praxis unerläßlich ist, sich mit all den Erscheinungen vertraut machen, nach denen die Indikation für eine bestimmte Nahrung gestellt und ihr Erfolg beurteilt werden muß. Grätzer.

Theodor Hoffa (Barmen), Die Stellung der Ärzte zur Frage des Geburtenrückganges. (Ebenda.) „Was können wir Ärzte nun tun, um der drohenden Entvölkerung entgegenzuarbeiten? Wir haben gesehen, daß der Geburtenrückgang im wesentlichen veranlaßt ist durch eine sittliche Degeneration. Wir müssen ihn daher auch bekämpfen durch sittliche Mittel.

Wir müssen uns vor allem dessen bewußt sein, daß der Arzt nicht nur Arzt, sondern auch Mensch ist, und daß seine Wirksam-

keit und seine Erfolge sehr wesentlich von seinen menschlichen, d. h. sittlichen Qualitäten abhängen. Wir alle wünschen doch, daß unser Stand ein vornehmer sei und bleibe, und daß unser Volk im Arzt einen geistigen Führer sehe. Gewiß wollen wir nicht dem Pastor ins Handwerk pfuschen — ne sutor ultra crepidam! —, aber die Fragen der Gesundheit sind ja nicht zu trennen von den Fragen der Sittlichkeit. Alles wirklich Gesunde ist nicht nur schön, sondern auch sittlich.

Wir Ärzte unterschätzen oft noch — sehr zu unserem eigenen Schaden — den Einfluß, den wir durch unsere Persönlichkeit, durch unser Wissen und Können auf den Einzelnen wie auf das Gesamtleben der Nation ausüben können. Dieser Einfluß kann sich geltend machen zum Guten wie zum Bösen. Das persönliche Beispiel, das der Arzt in seinem Leben und in dem seiner Familie gibt, wie die ernste und verständige Aussprache mit seinen Klienten in der Familie und im Sprechzimmer, beides ist zweifellos von der größten Bedeutung in Fragen von der Art, wie sie uns hier beschäftigen. Die deutsche Ärzteschaft hat in den letzten Jahrzehnten heiße Kämpfe führen müssen um die Sicherung ihrer materiellen und ideellen Selbständigkeit. Diese Kämpfe waren bitter nötig, und es wird weiterer jahrelanger Mühen bedürfen, um das Erreichte zu wahren und auszubauen. Aber alle Erfolge würden in Frage gestellt, wenn nicht im Ärztestand der sittliche Ernst und das hohe Verantwortungsgefühl lebendig bleiben, die uns durch unsere geistige Führerstellung auferlegt sind und durch die Deutschlands Ärzte in der Welt hervorragen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß neuerdings vielfach eine gewisse Weitherzigkeit und Laxheit Platz gegriffen hat in der Empfehlung antikonzeptioneller Mittel sowohl wie bei der Indikationsstellung zum artifiziellen Abortus. Wenn wir bedenken, wie ablehnend die ältere gynäkologische Schule (Fritsch, Ahlfeld) der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft gegenübersteht, wenn wir ferner sehen, daß z. B. in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose die internen Mediziner bei weitem zurückhaltender sind als die Geburtshelfer, deren Sorge doch gerade die Erhaltung des kindlichen Lebens sein sollte, so müssen wir unbedingt fordern, daß bei der Indikationsstellung zu diesem schwerwiegenden Eingriff die allergrößte Sorgfalt und Strenge obwaltet.

Der Entwurf zum neuen deutschen Strafgesetzbuch sieht folgende Bestimmung vor: „Die Tötung der Frucht ist gestattet, wenn sie ein Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit Einwilligung der weiblichen Person vornimmt, um von dieser eine auf andere Weise nicht zu beseitigende, erhebliche Gefahr für Leib und Leben abzuwenden.“

Einen künstlichen Abort aus rassehygienischen (eugenischen) Gründen vorzunehmen, scheint mir vorläufig nicht erlaubt. Wir müssen offen eingestehen, daß unsere Kenntnisse von den Vererbungsgesetzen noch viel zu primitiv und lückenhaft sind, um ein derartiges Vorgehen zu rechtfertigen. Etwas ganz anderes ist natürlich das Eheverbot bei Geisteskranken, Schwachsinnigen, das vor allem

durch eine vermehrte Unterbringung solcher asozialen Elemente in Anstalten durchzuführen wäre.

Durchaus zu verpönen ist meines Erachtens auch der künstliche Abortus aus sogenannten sozialen Gründen; mit seiner Zulassung wäre der Willkür Tür und Tor geöffnet.

Wenn ich der größten Strenge bei der ärztlichen Indikationsstellung zum Abortus das Wort rede, so tue ich das nicht, weil ich etwa glaubte, daß die Anzahl der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechungen quantitativ so sehr ins Gewicht fallen würde für die Volksvermehrung, sondern weil ich der Ansicht bin, daß der Arzt bei seinem Handeln die größte Ehrfurcht vor dem keimenden Menschenleben bekunden und dadurch vorbildlich auf die übrigen Menschen einwirken soll. Laxe Anschauungen der Ärzte müssen aus den oben angeführten Gründen verderblich aufs Volk wirken.

Eine ebenso große sittliche Verantwortung trägt der Arzt bei der Empfehlung antikonzeptioneller Mittel. Diese Verantwortung würde noch erhöht werden, wenn, wie zu erwarten steht, diese Mittel dem freien Verkehr entzogen würden und etwa nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürften.

Wie sich der Arzt zur Empfehlung von Schutzmitteln gegen sexuelle Infektion stellen soll, kann nur im Einzelfall entschieden werden. Niemals aber sollte der Arzt den Hinweis darauf versäumen, daß es für den ledigen jungen Menschen nur ein sicheres und dabei unschädliches Mittel zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten gibt — die sexuelle Abstinenz.

Der alte Grundsatz des „nil nocere“ erfordert, daß alle Intrauterinstifte, Steriletts u. dgl. unbedingt verpönt sein müssen. Der Barmer Ärzteverein hat auf meinen Antrag beschlossen, seinen sämtlichen Mitgliedern mitzuteilen: „Die Anwendung von Intrauterinstiften, Steriletts u. dgl. zur Verhütung der Konzeption ist standesunwürdig und eventuell kriminell strafbar.“

Eine planmäßige Fürsorge für Mütter und Säuglinge ist nicht nur ein unbedingtes Erfordernis zur Erhaltung eines genügenden Geburtenüberschusses, sondern sie wirkt auch sittlich, indem sie den Wert der Mutterschaft und den Wert des kindlichen Lebens dem Volke eindringlich vor Augen führt. Das wichtigste Mittel der Säuglingsfürsorge, die Stillpropaganda, ist gleichzeitig das einzig erlaubte, weil physiologisches Mittel zur Beschränkung einer übergroßen Kinderzahl.

Durch tätige Mitarbeit an den Aufgaben des Mutter- und Kinderschutzes kann die Ärzteschaft dem Volkswohl unschätzbare Dienste leisten.

Das Gleiche gilt von dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, wo ebenfalls der Arzt nicht nur sein Wissen und Können, sondern vor allem auch seine sittliche Persönlichkeit einsetzen soll.

In der Bekämpfung der Kurpfuscherei endlich decken sich die Interessen des Arztes vollkommen mit denen der ganzen Nation; für beide ist der Kampf gegen den hier wuchernden Aberglauben, die Unwissenheit, Unlauterkeit und Unsittlichkeit allmählich zu einer Lebensfrage geworden.“ Grätzer.

F. Jessen, Zur Behandlung der Blutinfektion. (Aus dem Waldsanatorium Davos.) (Ebenda.) Verf. hat schon früher darauf aufmerksam gemacht, daß man beginnende Tuberkulose sehr günstig durch intravenöse Einspritzungen $1^0/_0$iger Milchsäure beeinflussen kann. Er wies darauf hin, daß das Mittel sowohl bakterizid wirkt, wo es mit Bakterien in Berührung kommt, als auch durch Hämolyse die in den roten Blutkörperchen vorhandenen Eigenschutzkörper (Autoimmunkörper) frei macht.

Es lag nahe, das Verfahren auch bei anderen Infektionen zu versuchen. Es hat sich nun gezeigt, daß es bei Streptokokken- und Staphylokokkenerkrankung noch wirksamer ist. Das Präparat kann aber nur da wirken, wo es mit den Bakterien in Berührung kommt. So sind Tuberkelbazillen im Blute und solchen Herden, die vom Blutstrom durchspült werden, der Vernichtung preisgegeben; die aber, die in käsigen Herden liegen, können nicht getroffen werden. Genau so ist es bei den anderen Infektionen. In Abszeßeiter hinein erstreckt das Mittel seine Wirksamkeit nicht; die Kokken aber, die im Blute kreisen und vom Blut erreicht werden, verfallen der Lyse.

Ist die Zahl der der Lyse verfallenen Kokken sehr groß, so können ziemlich stürmische Intoxikationserscheinungen (Schüttelfrost usw.) auftreten. Bedenklich hat Verf. solche Erscheinungen nicht gesehen, und es folgt daraus nur der allgemeine Satz: Je stürmischer die Infektion, desto kleiner muß die Dose sein. Ihre Wiederholung richtet sich nach dem Verlauf der Krankheit. Bei Tuberkulose schwankt der Zwischenraum von 1—4 Wochen; bei anderen Infektionen wird man etwa wöchentliche Zwischenräume einhalten.

Erfreulich ist es nun, daß man mit dieser Methode chronische Streptokokkeninfektionen, der man bisher machtlos gegenüberstand, heilen und bei anderen Infektionen die Erkrankung des Blutes beseitigen kann. Lokale Eiteransammlungen müssen natürlich außerdem entfernt werden. Bei Blutsepsis, rheumatischen Erkrankungen, Endokarditis u. dgl. ist also die Indikation gegeben. Verf. führt z. B. folgenden Fall an:

10jähr. Kind. Leidet seit 2 Jahren an stets wiederkehrendem Gelenkrheumatismus mit Chorea. Salizylbehandlung ohne Erfolg. Beim Eintritt in seine Behandlung findet Verf. ein blasses Kind; Lippen blau; schreit vor jeder Bewegung; Temperatur irregulär 37,1—38,3°. Nächte sehr unruhig durch die Schmerzen. Beide Herztöne in Geräusch umgewandelt; kein Eiweiß. Wegen des schweren Zustandes empfand Verf. noch Scheu, hämolytisch einzuwirken. Die Aussichtslosigkeit der bisherigen Therapie bei der chronischen Endokarditis trieb ihn zur Injektion. Nach einer Injektion von $0{,}5^0/_0$iger steriler Milchsäure in die Vene Anstieg der Temperatur bis 38,3° (Bakteriolyse), darauf sofortige Abfieberung. Das Kind konnte sofort schlafen, ist schmerzfrei und ein verwandeltes Wesen. Der Klappenfehler läßt sich, da er auf Schrumpfung usw. beruht, natürlich nicht beseitigen, Fieber, Gelenkrheumatismus, Chorea sind aber völlig fort; d. h. die noch akuten entzündlichen Prozesse sind beeinflußbar, die narbigen nicht. Nach weiteren Injektionen schwand auch das systolische Geräusch, und es blieb nur das präsystolische zurück. Dauernder Schulbesuch.

Grätzer.

K. E. F. Schmitz, Ergebnisse der Diphtherieuntersuchung mittels des Galleserumnährbodens (v. Drigalski und Bierast.) (Aus dem Hygienischen Institut der Universität Greifswald.)

(Ebenda. 1915 Nr. 46.) Durch den von v. Drigalski und Bierast angegebenen Gallezusatz zu dem Löfflerschen Diphtherienährboden läßt sich eine nicht unerhebliche Verstärkung der Diphtheriebazillenanreicherung erzielen. Es ermöglicht die stärkere Anreicherung eine schnellere Diagnose, da das Durchsuchen der Präparate abgekürzt wird, und ist das Verfahren infolgedessen besonders für Anfänger in der Diphtheriediagnose empfehlenswert. Grätzer.

O. Weber, Ein Beitrag zur Kenntnis der Hämaturie ohne bekannte Ursache. (Aus dem Sanatorium Turban, Davos-Platz.) (Ebenda.) Verf.'s 17jähr. Patient erkrankte im 2. Lebensjahr plötzlich ohne äußere Veranlassung an Hämaturie. Ruhekur und Aufenthalt im milden Klima brachten keine Besserung. Die Hämaturie verschlimmerte sich infolge angestrengter Schularbeit (wahrscheinlich durch das damit verbundene Sitzen in lordotischer Wirbelsäulenhaltung), besserte sich aber nach körperlicher Bewegung. Während eines 8monatlichen Aufenthaltes im Hochgebirge, bei Liegekur und täglichem, 1—2 Stunden langem Spazieren sowie namentlich durch Kalziumtherapie wurde Patient von seiner Hämaturie nahezu geheilt. Eine genauere Diagnose zu stellen, ist, trotzdem alle Hilfsmittel der Untersuchung angewandt worden sind, in diesem Fall nicht möglich. Grätzer.

O. Heubner, Milchknappheit und Kinderernährung. (M. Kl. 1915 Nr. 44.) Verf. führt aus: „Angesichts der Organisation, die in nächster Zeit wohl auch die Milchversorgung der Bevölkerung erfahren wird, ist die Frage, wie groß der Mindestbetrag des Tagesbedarfes an diesem Nahrungsmittel für jedes einzelne Kind nach ärztlicher Erfahrung sein muß, gegenwärtig wohl der Erörterung bedürftig. Wenn vom Mindestbetrage gesprochen wird, so dürfte das in der Voraussicht geschehen, daß aller Wahrscheinlichkeit nach irgend welcher Luxus mit dem Milchverbrauche nicht getrieben werden kann, die Lieferung vielmehr sich auf das absolut Notwendige wird beschränken müssen.

Was das Säuglingsalter anbelangt, so wird vor allem ein erneuter und vermehrter Nachdruck darauf zu legen sein, daß jede Mutter den Versuch des Selbststillens macht und die natürliche Ernährung an der Brust solange wie möglich fortsetzt. Den eigenen Bedarf an vermehrter Nahrungszufuhr muß sie möglichst durch Genuß von Kohlehydrat, namentlich zuckerhaltige Getränke und Suppen, decken. Wenn tunlich, könnte die Organisation stillenden Frauen 0,5—1 l Milch wenigstens während der ersten Zeit nach der Entbindung zuweisen, was durch Vermittlung der Mütterberatungsstellen oder, auf dem Lande, des Gemeindevorstandes geschehen könnte.

Wo der Säugling künstlich genährt werden muß, genügt für das erste Vierteljahr 0,5 l Milch, der mit 0,5 l Hafer- oder Gerstenschleim und 50 g (3 Eßlöffel) Zucker vermischt wird. Man darf zu dieser Zeit den Nahrungsbedarf auf etwa 100 Kalorien pro Kilo Kind veranschlagen; die eben beschriebene Mischung enthält deren gegen 500, und da das Kind im ersten Vierteljahr auf 5—6 kg zunehmen soll, so wird durch diese Zufuhr der Bedarf annähernd ge-

deckt. Eine knappe Ernährung ist für den Säugling jedenfalls nicht nachteilig, weniger als eine zu reichliche.

Vom zweiten Vierteljahr an muß die Milchzufuhr gesteigert werden und dürfte wohl auf den Betrag von 0,80 l festzulegen sein. Dieser braucht aber auch im weiteren Verlaufe nicht erhöht zu werden. Denn einerseits nimmt der Kalorienbedarf pro Kilo mit weiterem Wachstum des Kindes ab, und andererseits kann man diesen zum Teil durch Zufuhr einer andersartigen gemischten Nahrung ergänzen. Manche Kinderärzte geben schon vom 4. Monat an Gemüse, und zwar in Gestalt der Friedenthalschen Gemüsepulver, die nicht nur gut bekömmlich, sondern, wie ich mich in einer verwandten Familie überzeugen konnte, auch weniger kostspielig und leichter zuzubereiten sind als frisches Gemüse. Gegen Brotmarken, die ja auch für den Säugling erhältlich sind, läßt sich Zwieback anschaffen, der zur Zubereitung von Brei (mit Zucker) benutzbar ist. Grieß und bei zeitweiligem Angebot auch Haferflocken sind ohne Brotmarken käuflich. Der obengenannte Betrag braucht im weiteren Fortschreiten der Entwicklung nicht völlig aus der Flasche getrunken zu werden. Man muß aber darauf Rücksicht nehmen, daß auch die meisten Breie, die als Zukost zur Milch gegeben werden, zu ihrer Herstellung etwas Milch nötig haben. Sollte es der Technik gelingen, angesichts des Mangels beziehentlich der Teuerung von Butter und animalischem Fett, aus Vegetabilien, z. B. den in diesem Jahre so reichlich vorhandenen Nüssen und anderen Früchten, ein Fett zu gewinnen, das zur Bereitung der Breie benutzt werden könnte, dann könnte eventuell der tägliche Milchbedarf des Säuglings vielleicht sogar auf 0,75 l herabgesetzt werden. Man hat ja bei den Vegetariern schon jetzt vegetabilische Butter.

Vom siebenten Monat an kann Obst, namentlich gekochtes, und gesottene zerdrückte oder in Breiform verabreichte Kartoffeln, später auch etwas Brot zur Zukost herangezogen und so bei mäßiger Milchzufuhr eine genügende Deckung des Tagesbedarfs erzielt werden.

Vom zweiten Lebensjahr an etwa bis zum Ende des Spielalters kann die tägliche Milchgabe auf 0,5 l beschränkt werden. Denn von da an kann schon eine richtige Mittagsmahlzeit aus Suppe (Kartoffeln, Hülsenfrüchten, süßen Stoffen, Fliederbeeren, Obst), Gemüse, Kartoffeln und etwas Fleisch, alles in Breiform, und eine Abendmahlzeit (Brei mit Obstzutaten oder Obstsaft, Brot, etwas Butter) ohne jeden Milchzusatz hergestellt werden. Die Milch kann auf erstes Frühstück und Vesper und in einem kleinen Betrag auf das zweite Frühstück verteilt werden. Brot und Grieß, Graupen mit etwas Fett- und Zuckerzugabe und Obst wird zur Vervollständigung des zweiten Frühstücks herangezogen werden können. Auch die vegetarischen Breie, wie sie z. B. von Bircher-Brenner empfohlen werden (gleiche Teile von Milch, geriebenen Nüssen, Äpfeln, gedörrten Pflaumen, Haferflocken oder ein anderes zum Zusammenhalte geeignetes Mehl, Zucker), mögen Abwechslung in die Diät bringen. Statt der Butter wird man zu Obstmusen als Aufstrich aufs Brot greifen müssen.

Noch geringer kann die Tagesmenge an Milch bei Kindern im

Schulalter sein, wo sowohl erstes Frühstück wie Vesperbrot aus Malzkaffee oder Kornkaffee mit Zusatz etwa der Hälfte Milch als Getränk bestehen darf, während die übrigen Mahlzeiten ganz ohne Milch zusammengesetzt werden können. Dann dürfte 0,33 l am Tage genügen. — Im übrigen genießen sie die Kost der Erwachsenen in der Familie. In die Schule bekommen sie Brot und Obst mit; wenn tunlich, mit etwas Butter. Überhaupt wird Fett und Butter, soweit sie erschwinglich sind, immerhin den Obstmusen vorzuziehen sein, weil die Gesamtkost auch der Erwachsenen ja, solange der Krieg dauert, wohl mit dem Makel der Fettarmut behaftet bleiben wird. Die Hausfrau dürfte sich immerhin die Frage vorlegen, ob sie den für ihre Kinder zur Anschaffung von Fleisch aufzuwendenden Geldbetrag nicht zugunsten eines etwas erhöhten Fett- oder Butterankaufes einschränken sollte.

Daß Fleisch für das Gedeihen der Kinder nicht unerläßlich ist, lehren die Erfahrungen, die jetzt bereits durch eine Reihe von Jahren in einem vegetarischen Kinderheime gemacht worden sind. Es handelt sich um die Prof. Baronsche Stiftung in Breslau, über die ihr Leiter, Herr Dr. Steinitz, mir vor einiger Zeit auf meine Bitte wertvolle Mitteilungen zukommen ließ, die bisher nur in Jahresberichten der Stadtgemeinde bekanntgegeben sind. Die dort untergebrachten Kinder im Spiel- und Schulalter, deren Befinden zu einem erheblichen Teile bereits jahrelang von dem genannten Arzt überwacht wird und dauernd zufriedenstellend ist, erhalten regelmäßig täglich nur 200 g Milch, dazu an mehreren Wochentagen abends Milch teils rein, teils als Zugabe zu Grütze usw. (aber nicht täglich). Außerdem ein paarmal in der Woche ein Ei; sonst nur vegetarische Kost, gar kein Fleisch. Es ist zu hoffen, daß die Absicht des Herrn Steinitz, der Ärztewelt eine ausführliche Mitteilung über diese sehr interessante Anstalt zu machen, nach Eintritt ruhigerer Zeiten verwirklicht wird.

Jedenfalls ersieht man aus einer solchen Erfahrung einerseits, daß Kinder dauernd ohne Fleisch ernährt werden können, andererseits, wie gering dabei unter gewissen Umständen (Anstaltsbehandlung, sorgfältige ärztliche Überwachung) der Betrag an Milch sein darf, mit dem das Kind, ohne Schaden an seiner Entwicklung zu nehmen, auskommen kann. Daß sich ein solches Beispiel in bedrängten Zeiten allgemeiner nachahmen ließe, kann wohl nicht von der Hand gewiesen werden, wenn auch natürlich damit noch kein Urteil über die Folgen einer dauernden derartigen Beköstigung für die Gesamtbevölkerung abzugeben ist." Grätzer.

Ernst Urbantschitsch (Wien), Über Hyperkeratosis lacunaris. (Ebenda. 1915 Nr. 44.) Als typisches Beispiel einer Hyperkeratosis-lacunaris-Erkrankung möchte Verf. folgenden von ihm beobachteten Fall anführen.

Josef M., 14 Jahre alt, Mittelschüler. Aus der Anamnese sei nur hervorgehoben, daß der Knabe zuweilen an vorübergehenden katarrhalischen Halsaffektionen gelitten hat, angeblich aber niemals an Angina lacunaris oder sonstigen Halsprozessen. Am 2. Februar 1915 traten abends plötzlich Stechen im rechten Ohr und Schluckbeschwerden auf; die rechte Mandel war „wie von einer Schimmelhaube eingeschlossen". Genau 3 Tage später konnte auch auf der linken

Mandel ein Belag festgestellt werden. Schon vom 2. Tage der Erkrankung bestanden keine Schluckbeschwerden mehr. Appetit und Schlaf stets gut, niemals Fieber noch Kopfschmerz.

Als Behandlung wurden vom Hausarzt Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxyd, Prießnitzumschläge, Einreibungen mit Unguentum Credé und Einpinselungen mit Tinctura Ratanhiae et Gallarum (āā) sowie Zimmeraufenthalt (Fernbleiben von der Schule) verordnet, ohne daß an dem Zustand eine nennenswerte Besserung eingetreten wäre, weshalb Verf. Patient nach 2 Wochen zur Untersuchung zugeführt worden ist.

Diese ergab folgenden Befund: Die Gaumenmandeln machen beim ersten Anblick den Eindruck wie bei einer Angina lacunaris, nur erscheinen einzelne der scheinbaren Beläge besonders spitz und scharfkantig. Ein solcher isolierter Punkt findet sich ferner an der linken Seite der hinteren Rachenwand. Bei Sondenberührung lassen sich diese Beläge nicht wegstreifen und fühlen sich auffallend hart an. Die Entfernung einzelner gelingt erst durch Extraktion mittels Pinzette. Hierdurch werden nadelförmige beziehungsweise spießförmige Körper von knorpelartiger Konsistenz herausgezogen, von denen einige eine Länge von über 0,5 cm zeigen. Die Entfernung erfolgt ohne Schmerzempfindung, trotz mangelnder Lokalanästhesie. Analoge Gebilde finden sich auch in der vergrößerten Rachenmandel, deren operative Entfernung U. im April 1915 vorgenommen hat. In einigen Sitzungen wurde eine größere Anzahl der Horngebilde entfernt und die Tonsillen hierauf mit 2%iger Methylenblausilberlösung eingerieben. Schon Ende April 1915 war die Erkrankung zum größten Teil zurückgegangen; allerdings konnte man noch Ende Juni vereinzelte dieser Horngebilde im Tonsillargewebe erkennen.

Dr. W. Löwenfeld, Prosekturadjunkt im k. k. Kaiser Franz-Josef-Spital in Wien, hatte die Freundlichkeit, die histologische Untersuchung der extrahierten Gebilde vorzunehmen. Bei der Untersuchung ergab sich, daß selbe aus verhornten, lammellär geschichteten Massen bestehen, die an der Peripherie zellige Elemente — Plattenepithel — zeigen; außerdem finden sich Bakterienauflagerungen, die der Mundflora entsprechen.

Die histologische Untersuchung der exstirpierten Rachenmandel zeigte folgenden Befund: Stark hyperämische Tonsille. Das Epithel läßt an mehreren Stellen Einbuchtungen erkennen, in die verhornende Epithelzapfen hineinragen. Das Auftreten der Hornstacheln im Gewebe der Rachentonsille gehört zu den Seltenheiten. Grätzer.

Hans Abels, Neues zur Klinik des Ikterus neonatorum. (Aus dem Frauenhospiz in Wien.) (Ebenda. 1915 Nr. 48.) Kurz gesagt, besteht die neue Erfahrungstatsache darin, daß der Ikterus neonatorum in exquisitestem Maß eine familiäre oder habituelle Erscheinung darstellt. Der Ausdruck „habitueller Ikterus" wurde bisher auf gewisse Formen des Ikterus gravis angewendet. Während nun, wie Knöpfelmacher dies hervorhebt, ein Teil des habituellen Ikterus ebenso wie andere Fälle des Ikterus gravis neonatorum sicher der Sepsis angehören, ist es ganz leicht möglich, daß manche mäßige Fälle des sogenannten habituellen Ikterus nichts anderes sind als besonders ausgesprochene von Ikterus neonatorum communis.

Die Regelmäßigkeit in der Art und dem Grade des familiären Auftretens des Ikterus neonatorum ist häufig eine geradezu verblüffende. Gestört wird dieselbe am auffallendsten nur durch Frühgeburten, die ja, wie bekannt, eine außerordentliche Neigung zu Ikterus besitzen und daher durch die Stärke der Gelbsuchtserscheinungen oft in hervorragendem Grade die Reihe der ausgetragenen Kinder unterbrechen. Sieht man aber ab von den Frühgeburten

und einigen besonders merkwürdigen Ausnahmen, deren Anführung und theoretische Besprechung hier zu weit führen würde, so kommt man alsbald zu folgender Regel: Sieht man bei einer Mehr- oder Vielgebärenden ein stark oder wenigstens sehr ausgesprochen ikterisches Kind, so kann man mit fast völliger Sicherheit annehmen, daß auch alle früheren ähnlich ikterisch gewesen sind.

Und ebenso gilt der Parallelfall.

Ganz in Übereinstimmung mit Knöpfelmacher konnte Verf. konstatieren, daß eigentlich nur eine sehr geringe Anzahl von Kindern absolut frei von Erscheinungen der Gelbsucht ist und hieran sich eine Gruppe schließt mit sehr geringen Manifestationen. Es umfaßt die Reihenfolge vom leichtesten bis zum schwersten Ikterus neonatorum nahezu die Gesamtsumme der Kinder überhaupt und, was Verf. dabei nicht zu betonen unterlassen möchte, die quantitativen Unterschiede des Ikterus neonatorum nach Intensität und Dauer sind eigentlich enorm.

Sieht man also bei einer Mehrgebärenden ein Kind von vollkommen rosiger Hautfarbe, bei dem man keine oder nur mit Mühe Spuren von Ikterus nachweisen kann, so wird man sicher hören, daß auch die früheren Kinder frei von Gelbsucht gewesen sind. Bei einer Vielgebärenden in diesem Fall — und damit kommt Verf. auf eine zweite Gesetzmäßigkeit — erfährt man eventuell, daß die allerersten Kinder mäßig gelb waren. Verf. will hier gleich einfügen, daß, soweit man sich auf anamnestische Angaben stützt, dies mit größter Vorsicht zu geschehen hat. Es wird im Volk alles mögliche Gelbsucht genannt, Milien am Nasenrücken, Augenfluß usw. Auch ist es, um dem Gedächtnis und der Urteilsfähigkeit der Wöchnerinnen zu Hilfe zu kommen, unbedingt nötig, derartige Fragen nicht vor Ablauf einer Woche an die Frauen zu stellen, sondern erst, nachdem dieselben durch Beobachtung und Vergleichung an ihrem Kind und denen der Zimmergefährtinnen ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Erinnerungen wieder aufgefrischt haben.

Zwischen den familiären Reihen von sehr ausgesprochenem und von ganz oder nahezu fehlendem Ikterus liegen natürlich solche von geringgradiger Gelbsucht; und man macht alsbald die Erfahrung, wie dies auch ganz plausibel erscheint, daß hier die Ausbildung in der Stärke des Ikterus bei aufeinanderfolgenden Kindern, und zwar auch bei reifen, am ehesten gewissen Schwankungen unterliegt. Dennoch ist auch bei diesen familiären Reihen die häufigere und durchgehendere Regel die, daß eine Abnahme von den ersten zu den späteren Geburten sich nachweisen läßt.

In dieser oben erwähnten zweiten Regel liegt eine schon teilweise bekannte Tatsache eingeschlossen. Eine Anzahl Forscher hat nämlich den Ikterus neonatorum bei Erstgeborenen etwas häufiger gefunden als bei späteren Kindern. Auch Verf. war diese Erscheinung bei den jahrelangen Beobachtungen über diese Affektion aufgefallen; und als er der Frage näher zu treten suchte, ob diese stärkere Ausbildung des Ikterus bei Erstgeborenen vielleicht nur mit dem meist geringeren Gewichte derselben zusammenhängt, ergab sich bei den diesbezüglichen Nachforschungen die Gelegenheit zu der viel wich-

tigeren Konstatierung des Gesetzes von dem familiären oder habituellen Verhalten des Ikterus neonatorum.

Vor allem spricht die neue Erfahrungstatsache wohl ziemlich deutlich gegen alle grobmechanischen Theorien, da es kaum vorstellbar ist, daß sich das supponierte zufällige mechanische Moment mit einer solchen Regelmäßigkeit bei sämtlichen Neugeborenen einer Familie in nahezu derselben Ausbildung wiederholen soll. Die mechanischen Theorien sind übrigens durch die Untersuchungen von Pick, Abramow und namentlich Knöpfelmacher für den Ikterus neonatorum als erledigt zu betrachten. Es muß vielmehr eine Sekretionsanomalie der Leberzelle angenommen werden. Die Umstände, die in diesem Sinne wirken, sind für den Ikterus neonatorum wohl in einwandfreiester und vollständigster Weise von Knöpfelmacher dargestellt und durch wichtige Untersuchungsergebnisse ergänzt worden. Doch erscheint es Verf., daß alle diese Momente allerdings in weitgehendem Maß erklären, warum beim Neugeborenen überhaupt so leicht Ikterus entstehe; nicht aber scheinen sie allein ausreichend zu sein zu der Erklärung des Umstandes, daß der Ikterus neonatorum von den starken Ausbildungsformen bis zum Nullgrade so außerordentliche quantitative Unterschiede zeigt, und noch weniger zum Verständnisse des hier aufgezeigten Gesetzes, daß diese gewaltigen quantitativen Unterschiede nicht zwischen verschiedenen Individuen im allgemeinen, sondern vielmehr zwischen einzelnen Familien bestehen.

Ohne auf ausführliche theoretische Erörterungen eingehen zu wollen und ohne gewisse lehrreiche Ausnahmen, obwohl dieselben gerade zu einer schärferen Fassung des Kriteriums „familiär" führen dürften, hier erörtern zu können, muß Verf. nur erwähnen, daß eine genauere Analyse des erwähnten familiären oder habituellen Auftretens des Ikterus neonatorum zu der Anschauung führen muß, daß die Basis dieser Erscheinung nicht allein in den der Frucht erblich innewohnenden Faktoren gelegen sein könne — denn nach den Erblichkeitsgesetzen beobachten wir wohl kaum je eine solche Regelmäßigkeit des Auftretens einer akzidentellen Eigenschaft bei den Produkten aufeinanderfolgender Geburten —, sondern daß wir hierfür außerdem auf ein konstantes, also offenbar dem mütterlichen Organismus zugehörendes Moment rekurrieren müssen. Da nun einerseits von seiten der Frucht, andererseits von seiten des Mutterorganismus wirkende Faktoren als gleichermaßen zur Geltung kommend in Betracht zu ziehen sind, so weist uns dies als ursächlich wichtig auf jenen Vorgang hin, bei welchem tatsächlich beide Organismen in Mitleidenschaft gezogen werden und außerdem in vielfältigste gegenseitige Wechselwirkung treten, d. h. auf den Geburtsvorgang und eventuell ihn vorbereitende Stadien.

Wir werden daher den Ikterus neonatorum als eine Folge des Geburtsvorganges im weiteren Sinne auffassen, bzw. als eine Folge der denselben begleitenden, den fötalen ebenso wie den mütterlichen Organismus betreffenden Veränderungen und Schädigungen, wobei wir als ursächlich an die wechselseitigen stofflichen Beeinflussungen, in erster Linie wohl von seiten der Plazenta, zu denken haben. Hiermit stimmen in vorzüglichster Weise die Ergebnisse der Unter-

suchungen von Ada Hirsch, die weiterhin von Ylppö bestätigt wurden, wonach das fötale Blut bereits zum Zeitpunkte der Geburt einen wesentlichen Gehalt an Bilirubin aufweist, und zwar einen um so höheren, je rascher und je intensiver sich nachher der Ikterus entwickelt. Grätzer.

B. Pontoppidan (Kopenhagen), Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. (Derm. Wschr. 1915 Nr. 47). Die gonorrhoische Vulvovaginitis ist im Kindesalter eine häufige Krankheit, die meist, durch indirekte Infektion hervorgerufen, im zweiten Lebensjahre beginnt. Die Behandlung dauert in der Regel mehrere Monate, bisweilen mit Exazerbationen und Remissionen selbst mehrere Jahre; das Resultat scheint aber in allen Fällen Genesung zu sein, und es ist nicht anzunehmen, daß die Krankheit sich bis in das erwachsene Alter fortsetzt. Grätzer.

A. Mayer, Über die intrakraniellen Blutungen der Neugeborenen infolge der Geburt. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Tübingen.) (Zbl. f. Gyn. 1915 Nr. 46.) Den bekannten Formen von Blutungen des Neugeborenen infolge der Geburt gegenüber sind intrakranielle Blutungen wenig beachtet. In den geburtshilflichen Lehrbüchern werden sie kaum erwähnt, und doch sind sie schon lange bekannt und gar nicht so selten. Das Verdienst, vom klinischen Standpunkt aus die Aufmerksamkeit auf die intrakraniellen Blutungen des Neugeborenen gelenkt zu haben, gebührt Seitz. Man ist geradezu überrascht, unter seinen Beobachtungen selbst nach glatten Spontangeburten ausgedehnte intrakranielle Blutungen zu finden, die dem Unerfahrenen ganz den Eindruck einer ganz schweren vorausgegangenen Gewalteinwirkung machen. Seitdem Verf. selbst darauf achtet, hat er 6 Fälle, davon 5 innerhalb von 3 Monaten, erlebt und manchmal den rätselhaften Tod eines Neugeborenen mit einer intrakraniellen Blutung in unerwarteter Weise erklärt gefunden.

Als Sitz der Blutungen kommt die Hirnsubstanz selbst kaum in Betracht. C. Ruge berichtet zwar über die relative Häufigkeit der intrazerebralen Blutungen, die er bis zu Taubeneigröße beobachtete, aber nach allen sonst in der Literatur niedergelegten Erfahrungen und nach Verf.'s eigenen Beobachtungen stellen intrazerebrale Blutungen eine Ausnahme dar. Dagegen wird über Blutungen in die Hirnventrikel öfter berichtet, und zwar isoliert oder kombiniert mit anderen Blutungsformen. In der Regel handelt es sich aber um Blutungen im Gebiet der Hirnhäute. Diese unterschied Kundrat in subarachnoidale und subdurale Blutungen. Die ersteren sind ziemlich häufig, sind aber meistens nur geringfügig und darum klinisch nicht sehr von Bedeutung. Demnach sind die subduralen Hämorrhagien das eigentliche Gebiet, mit dem Verf. sich hier beschäftigen will.

Bei supratentoriellen Blutungen — im Bereich der Großhirnhemisphäre — ist die Gegend der Scheitelbeine, also gerade der Bereich der stärksten Verschiebung sub partu, häufiger befallen als Stirn und Hinterhaupt. Der Bluterguß sitzt, mehr oder weniger geronnen, entweder dem Bereich der Blutungsquelle als zirkumskriptes Hämatom an, oder er umgibt als eine Art Kappe größere oder kleinere

Bezirke der Hirnperipherie. Die Ausbreitung ist keineswegs immer einseitig, vielmehr umspült der Bluterguß öfter das ganze Gehirn und füllt die Schädelgruben mehr oder weniger aus.

Die klinische Wichtigkeit läßt sich nicht ganz exakt ersehen, da gewöhnlich nicht angegeben wird, wie oft die Blutungen zum Tode führten. Sie ergibt sich aber ungefähr aus einer Mitteilung Henschens. Danach sind unter den während eines Dezenniums an der Züricher Frauenklinik gestorbenen 1277 Neugeborenen 29 = 2,27% an einem subduralen Hämatom zugrunde gegangen. Da in dem genannten Zeitraum von 10 Jahren 14659 Kinder zur Welt kamen, würde das etwa heißen, daß auf jedes Jahr mit seinen ca. 1500 Geburten rund 3 Todesfälle (0,2%) an subduralem Hämatom kommen.

Von diesen im Bereich des Großhirns lokalisierten „supratentoriellen" Blutungen trennt Seitz die im Bereich des Kleinhirns liegenden als „infratentorielle" Blutung. Den infratentoriellen Blutungen liegt meistens eine Zerreißung des Tentorium cerebelli zugrunde. Wenn auch die Angaben über die Häufigkeit der Tentoriumzerreißungen schwanken, so ist das Ereignis jedenfalls häufiger, als man vorher ahnte.

Die den Tentoriumrissen entstammenden Blutergüsse bleiben lange nicht immer auf den Ort ihrer Entstehung beschränkt, sondern umspülen öfter die untere Fläche des Okzipitalhirns, von da über den Kamm des Felsenbeins vordringend die basale Fläche des Temporallappens und können bis an die vordere Spitze des Schläfenlappens ragen. Im großen Medianspalt des Gehirns oder lateral an der Konvexität des Okzipitalhirns können sie auch nach oben aufsteigen. Nach unten vom Tentorium kann die Blutung das Kleinhirn, vor allem die Kleinhirnschenkel und die Medulla oblongata, umgeben und sich in den Rückenmarkskanal fortsetzen.

Die Quelle der intrakraniellen Blutungen liegt bei supratentoriellen Hämorrhagien gewöhnlich in einer Zerreißung der in den Sinus longitudinalis superior einmündenden Venen oder des Sinus selbst. Die infratentoriellen Blutungen entstammen dagegen einer Verletzung des Sinus transversus oder dem Gebiet der Vena magna Galeni.

Neben diesen beiden Hauptblutungsquellen spielen auch Zerreißungen im Gebiet der Halswirbelsäule eine gewisse Rolle. Von dort stammende Blutungen können bis in die hintere Schädelgrube aufsteigen.

Die Ursachen dieser intrakraniellen Verletzungen sind nicht immer leicht aufzufinden. Der erste Gedanke, der sich einem angesichts der oft sehr ausgedehnten Blutergüsse aufdrängt, ist der einer operativen Entbindung mit einer über das Maß einer Spontangeburt hinausgehenden abnormen und vielleicht noch fehlerhaften Gewalteinwirkung. Eine solche kann eine Gefäßzerreißung natürlich am besten erklären. Obwohl es sich lange nicht immer um pathologische Geburten handelt, so spielen doch tatsächlich Zange und Extraktion des nachfolgenden Kopfes eine wichtige Rolle. Das illustrieren drei eigene Beobachtungen über Tentoriumzerreißung nach operativer Entbindung.

In dem bisher vorliegenden Material von subduralen Blutungen hat es sich aber lange nicht immer um Zange oder Extraktion gehandelt, vielmehr befinden sich darunter eine ganze Anzahl von Spontangeburten. Benthin sah unter 10 Fällen von Tentoriumzerreißung die Verletzung 9mal nach Spontangeburt auftreten. Pott fand bei den von ihm zusammengestellten 33 Tentoriumzerreißungen in 40% eine „normale Geburt". Bei Verf.'s eigenen 6 Beobachtungen hatte er 3 Spontangeburten. Bei Spontangeburten kann man sich eine Zerreißung am ehesten da vorstellen, wo ein Mißverhältnis zwischen Geburtskanal und Geburtsobjekt vorliegt, also bei engem Becken, großem Kind, straffen Weichteilen, alten Erstgebärenden. Seitz hatte unter 13 Fällen von subduralen Blutungen 7 Erstgebärende, von denen 4 über 30 Jahre alt waren.

Das bei Spontangeburten eine Zerreißung auslösende Moment scheint in einer hochgradigen Steigerung der auch schon normalerweise vorkommenden Knochenverschiebung des kindlichen Schädels zu liegen. Die Veranlassung dazu ist in erster Linie bei dem Durchtritt des Schädels durch den knöchernen Beckenring gegeben. Dabei kann eine starke Verschiebung der Scheitelbeine, wie sie namentlich beim engen Becken vorkommt, zu einer Zerrung des darüber liegenden Sinus longitudinalis und zu einer Knickung der in ihn einmündenden Vene führen; eine starke Verschiebung des Occiputs unter die Parietalia kann dem Sinus transversus gefährlich werden.

Da nach Beneke vor allem ein Druck auf den Schädel von Schläfe zu Schläfe eine starke Spannung der Dura mater und eine konsekutive Tentoriumzerreißung auslösen kann, lassen sich auch Tentoriumzerreißungen auf starke Grade von Scheitelbeinverschiebung zurückführen.

Aber auch in einer anderen, zeitlich späteren Phase des Geburtsvorganges kann es noch zu einer gefährlichen Verschiebung der Schädelknochen kommen. Vor allem scheint es Verf. nicht gleichgültig, wenn man nach lange dauernden kräftigen Wehen zur Korrektur eines tiefen Querstandes an den Fontanellen arbeitet und damit den Sinus longitudinalis zerrt.

Ebenso möchte Verf. ein langdauerndes Steckenbleiben des zum Teil geborenen Kopfes im Vulvaring, sowie einen starken Druck auf den Kopf bei einem langdauernden, mühsamen Dammschutz nicht für gleichgültig halten. Ein dabei stattfindender Druck von links nach rechts kann durch Verschiebung der Scheitelbeine zur Zerreißung des Sinus longitudinalis und durch Duraspannung im Sinne von Beneke zur Tentoriumzerreißung führen.

Für das Tentorium scheint dabei nicht nur der Druck von Schläfe zu Schläfe, sondern auch der von Stirn zum Hinterhaupt gefährlich werden zu können, und zwar namentlich dann, wenn bei noch nicht geborenem, unter der Schamfuge stehendem Hinterhaupt ein kräftiger Hinterdammgriff gemacht wird.

Besonders auffallend aber sind die gar nicht so ganz seltenen intrakraniellen Blutungen nach glatten Spontangeburten sogar bei Vielgebärenden mit weiten Weichteilen und normalem Becken. Dieses Ereignis ist besonders forensisch sehr wichtig. (Schluß folgt.)

G. C. Bolten, Die Erklärung der Erscheinungen bei Epilepsie. (D. Ztschr. f. Nervenhlk. 53. 1914. H. 1 u. 2.) Verf. faßt seine Ausführungen wie folgt zusammen:

1. Genuine Epilepsie und zahlreiche Formen zerebraler (Rinden-) Epilepsie sind (in der übergroßen Mehrzahl der Fälle) klinisch bis jetzt ganz und gar nicht voneinander zu unterscheiden; die Besonderheiten des Anfalles sowohl wie die Charakterabweichungen und die sekundäre Demenz sind für differentiell-diagnostische Zwecke unbrauchbar.

2. Zerebrale Epilepsie tritt auf nach allen möglichen Erkrankungen der Meningen, der Hirnrinde oder tiefer gelegener Teile, welche, sei es durch allgemeine Druckerhöhung, sei es durch örtlich sklerosierende Prozesse, zu ausgedehnten Zirkulationsstörungen in der Gehirnrinde Anlaß geben.

3. Genuine Epilepsie ist eine chronische Autointoxikation, entstanden durch Nahrungsabbau- und Stoffwechselprodukte, die infolge von Hypofunktion der Schilddrüse und der Epithelkörperchen nicht hinreichend entgiftet werden. Infolge von Hypothyreoidismus ist die Abscheidung vieler Fermente des Tractus intestinalis und des intermediären Stoffwechsels vermindert.

4. Bei zerebraler sowohl wie bei genuiner Epilepsie wird die Gehirnrinde, die für viele Gifte eine große Affinität besitzt, langsam mit Toxinen gesättigt; bei genuiner Epilepsie rühren die Toxine aus dem Stoffwechsel der gesamten Körperzellen und aus der Nahrung her, bei den zerebralen Formen stammen sie von der Gehirnrinde, in der infolge gestörter Zirkulation venöse Stauung auftritt mit Anhäufung der Stoffwechselprodukte aus dem gestauten Gebiete.

5. Bei allen Formen von Epilepsie muß der Anfall als eine Reaktion des Organismus angesehen werden, um sich der Toxine zu entledigen. Das Blut gibt seine Toxine ab mittels der Nieren, der Lungen und der Haut, und die Gehirnrinde kann dem toxinfreien Blute wieder einen Teil ihrer Toxine ablassen.

6. Bei genuiner Epilepsie ist eine Behandlung (rektale Eingabe) mit frischem Preßsaft der insuffizienten Organe (Schilddrüse und Epithelkörperchen) hinreichend, um auf die Dauer ein vollständiges Verschwinden der Erscheinungen zu bewerkstelligen. Bei zerebralen Formen hat diese Behandlung keinen Erfolg; doch kann, im Gegensatze zur genuinen Epilepsie, eine „Ventil"-Trepanation eine mehr oder weniger bedeutende Besserung zustande bringen, oder ist die Behandlung nach Toulouse-Richet indiziert. Kurt Mendel.

Inaugural-Dissertationen.

Ilse Künzel, Über die Prognose der Psychosen und Neurosen im Kindesalter. (Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik in Bonn.) (Bonn 1915.) Der Arbeit liegen insgesamt 53 Fälle zugrunde, die nach 5—6 Jahren einer Nachuntersuchung unterzogen wurden. Die Erstdiagnose und das spätere Schicksal der Fälle geht aus folgender Tabelle hervor:

	besser	unverändert	schlimmer
19 Fälle von Hysterie	9	3	7
4 „ „ traumatischer Hysterie.	3	—	(1 Exitus)
3 „ „ moral insanity	2	—	—
3 „ „ Zwangsvorstellungen . .	3	—	—
12 „ „ Epilepsie	—	7	5
4 „ „ Imbezillität.	—	—	4
1 Fall „ manisch-depress. Irresein	—	1	—
2 Fälle „ Amentia acuta	2	—	—
5 „ „ Neurasthenie	4	1	—

Von diesen üben einen Beruf aus . 19
Noch schulpflichtig sind . . . . . 17 (Normalschule)
Ohne Beruf zu Hause 7
In Anstalten befinden sich 9
Gestorben 1

Ähnliche Resultate erhielten auch Binet und Simon an 100 Kindern der Salpêtrière. K. Boas.

O. Preusse, Zur Frage der Spezifizität der Antianaphylaxie. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.) (Breslau 1913.) Verf. faßt die Resultate der vorliegenden Arbeit in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Bei aktiv mit zwei Seris sensibilisierten Meerschweinchen ist kein nennenswerter Unterschied zwischen spezifischer und unspezifischer antianaphylaktischer Schutzwirkung festzustellen.

2. Intrakutane anaphylaktische Reaktionen schwinden in der Antiphylaxie bei doppelt sensibilisierten Kaninchen nicht nach dem Gesetz der Spezifizität.

3. In der Antianaphylaxie ist, wie Scott fand, eine Verminderung oder ein Schwinden der Präzipitine festzustellen; bei doppelt sensibilisierten Kaninchen werden beide Präzipitine durch die Reinjektion nur eines Antigens in unspezifischer Weise im Sinne der Verminderung oder des Schwindens beeinflußt. Im Reagensglase ist bei dem Serum doppelt präparierter Tiere durch Zuführung nur eines der sensibilisierten Sera eine gleichfalls — im wesentlichen unspezifische — Ausfällung der Präzipitine festzustellen.

Auf Grund dieser Resultate kommt Verf. zu dem Schluß, eine Spezifizität der Antianaphylaxie bezweifeln und sie ihrem Wesen und ihrer Entstehung nach als unspezifisch bezeichnen zu müssen. Die Annahme einer allgemeinen Resistenz, die Friedberger von den echten anaphylaktischen trennt, könnte durch die oben zusammengefaßten Tatsachen schwerlich gerechtfertigt werden.

Kurt Boas.

K. W. Eunicke, Hat trotz aseptischer Durchführung der Säuglingspflege das Wochenbettfieber der Mutter Einfluß auf das Gedeihen des Brustkindes? (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen.) (Gießen 1914.) Die aseptisch-hygienischen Maßnahmen, die bei nicht Fiebernden glänzende Resultate zeigten, sind für Fieberfälle doch insuffizient. Um über diesen

Fiebereinfluß, soweit er von äußerlichen Momenten abhängt, völlig Herr zu werden, haben Opitz und Jaschke nunmehr strengere aseptische Vorschriften angegeben. Danach wird die Brust der Fiebernden vor jedem Anlegen erst gründlich desinfiziert. Durch Reinigen mit Alkohol und anschließendem Abwaschen mit 3%igem Borwasser wird dies in genügender Weise erreicht. Hierauf wird die ganze Umgebung mit sterilen Tüchern abgedeckt, so daß das Kind beim Trinken nur sterilem Material begegnet. Das Kind darf von der Mutter nicht selbst angefaßt werden, sondern deren Hände müssen während der gesamten Dauer des Stillgeschäftes unter den sterilen Tüchern bleiben. Die Person, die den Säugling anlegt, hat vorher die Hände gründlich zu desinfizieren, d. h. nach den Prinzipien, wie wir bei Operationen stets verfahren. Auch wird das Kind in sterile Tücher eingewickelt, um Keime, die an seiner Kleidung haften, auf diese Weise fernzuhalten. Nach beendeter Mahlzeit soll natürlich das Kind sofort von der Mutter getrennt werden.

Bei strengster Durchführung dieser Vorschriften ist ein bakterieller Einfluß seitens der fiebernden Mutter gänzlich auszuschließen, und es steht zu erwarten, daß der Prozentsatz der Gewichtszunahme sich beträchtlich hebt. Eine dennoch bestehend bleibende Beeinflussung müßte auf Änderung der Sekretionsverhältnisse und eventuell speziell auch auf eine solche des Sekretes — der Milch — zurückgeführt werden; denn alle rein äußerlichen Momente kommen bei diesen Maßnahmen in Wegfall. Zu einem sicheren Urteil wird man aber naturgemäß nur an Hand einer größeren Anzahl derart behandelter Fälle kommen können. K. Boas.

W. Traeger, Ein Fall von idiopathischer, juveniler Osteoarthritis deformans. (Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Gießen.) (Gießen 1915.) Der Fall des Verf. ist kurz als eine Erkrankung charakterisiert, die, mit Schmerzen einsetzend, schließlich unter Deformierung des Gelenkes zu einer nicht unbedeutenden Stellungsanomalie und Bewegungshemmung mit Verkürzung und Atrophie des Beines führt. Die Therapie zeitigt wohl eine geringe Besserung im subjektiven Sinne; doch zeigt das Röntgenbild, daß der destruktive Prozeß unaufhaltsam fortschreitet.

Im Anschluß an diesen ausführlich geschilderten Fall bespricht Verf. eingehend den pathologisch-anatomischen Befund und das Röntgenbild, die Differentialdiagnostik, den Verlauf, die Therapie und die Ätiologie der Erkrankung. Kurt Boas.

K. Th. Dutsch, Pericholangitis gummosa und Pneumonia syphilitica bei einem fast 2jährigen Kinde. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität zu Heidelberg.) (Heidelberg 1915.) Bei einem 22 Monate alten Kinde mit Lues congenita fand sich in den Lungen neben interstitiellen Prozessen auch eine Anfüllung der Alveolen mit Leukozyten, die Verf. als Ausdruck einer Mischinfektion betrachtet. Die Alveolen, die z. T. kollabiert waren, zeigten ein hohes Epithel. In der Leber lag eine gummös schwielige Erkrankung der intrahepatischen Gallengänge mit geringer Beteiligung der Pfortader vor, außerdem eine Stauungsatrophie im Bereiche der Leber-

läppchen. Die Milz war vergrößert, die Bronchiallymphdrüsen zeigten eine einwandsfreie Tuberkulose. Kurt Boas.

G. Werlich, Über Myocarditis syphilitica congenita. (Aus dem Pathologisch-Anatomischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-St. Georg.) (Kiel 1913.) 1. Die kongenital-syphilitische Myokarditis ist selten. Meist erfolgt der Tod schon nach Tagen oder Wochen, ausnahmsweise erst nach Jahren.

2. Dem Wesen der kongenitalen Viszeralsyphilis entsprechend, äußert sich die Syphilis des Herzens in diffusen interstitiellen Zellwucherungen und Bindegewebsentwicklung, die vom Gefäßbaum ihren Ausgangspunkt nimmt.

3. In den erkrankten Partien gelingt der Spirochätennachweis meist unschwer.

4. Die bei kongenitaler Herzsyphilis beschriebenen Befunde von Gummen sind, soweit Verwechslungen mit Prozessen anderer Ätiologie ausgeschlossen werden können, als lokal stärker fortgeschrittene Wucherung mit regressiver Veränderung aufzufassen.

5. Eine klinische Diagnose ist mit Sicherheit nicht zu stellen.
Kurt Boas.

M. Gorski, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: Amentia nach Sepsis. (Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1914.) Verf. berichtet über einen Fall von Sepsis, ausgehend von einem Panaritium, an welches sich psychische Erscheinungen unter dem Gesamtbilde einer typischen Amentia anschlossen. Ursprünglich wurde an Typhus abdominalis gedacht, wobei jedoch die mehrfach angestellten Blut- und Stuhluntersuchungen negativ ausfielen, auch der körperliche Befund dem erwähnten Krankheitsbilde nicht entsprach. Sekundär trat dann noch während der Erkrankung eine Pneumonie auf. Der Fall kam ad exitum. Kurt Boas.

J. Beckmann, Über die Einwirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung von Psychosen mit besonderer Berücksichtigung des Erysipels. (Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1914.) Verf. berichtet über 2 Fälle von psychischer Erkrankung, die durch ein hinzugetretenes Erysipel zur Heilung gebracht wurden.

In dem ersten Falle trat auf der Höhe einer schweren Amentia ein Erysipel auf. Dieses nahm auf der Höhe des Fiebers zunächst zu, um dann nach Entfieberung allmählich nachzulassen und schließlich ganz abzuklingen. Die Heilung war eine definitive.

Der zweite Patient bot eine typische Dementia praecox dar. Nach mehrmonatlicher Krankheitsdauer bekommt Patient plötzlich ein Erysipel, das von der Nase ausgeht und sich hernach auf das ganze Gesicht ausbreitet. Nach 4 Tagen ließ das Erysipel nach und das Fieber sank. Gleichzeitig gingen mit einem Schlage die psychischen Erscheinungen zurück. Patient machte einen durchaus geordneten Eindruck. Der Zustand hielt auch in diesem Falle an. In psychischer Beziehung haben sich keine Krankheitserscheinungen

mehr gezeigt; in körperlicher Beziehung läßt dagegen der Zustand des Patienten noch zu wünschen übrig.

Verf. führt im Anschluß an beide Fälle noch eine Reihe analoger Fälle aus der einschlägigen Literatur an. Kurt Boas.

H. Rheder, Über die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse. (Kiel 1915.) Der Scharlach kann von Krankheiten, die mit ihm verwechselt werden können, durch das Leukozyteneinschlußbild mit ganz wenigen Ausnahmen unterschieden werden. Verf. schlägt für diese von Döhle (Kiel) entdeckten Gebilde den Namen Tryptochäte vor. Typische Einschlüsse in den Leukozyten findet man außer beim Scharlach mit ganz wenigen Ausnahmen bei anderen Erkrankungen nicht, während atypische Einschlüsse in der Tat bei fast allen mit Fieber einhergehenden Erkrankungen vorkommen. Ob die Tryptochäten Protozoen und als solche die Erreger des Scharlachs sind, ist noch nicht entschieden. Manches, z. B. die Unauffindbarkeit im Dunkelfeld usw., spricht dagegen. Kurt Boas.

K. Rheder, Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Rhabdomyome des Herzens. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität in Kiel.) (Kiel 1915.) Bei der Sektion eines Neugeborenen fanden sich multiple Rhabdomyomknötchen im Herzen, die zu einer starken Stenosierung der Art. pulmonalis geführt hatten. In dem der Pulmonalis benachbarten Knoten fanden sich ausgedehnte phosphorsaure Kalkablagerungen. Die mikroskopische Untersuchung ergab das gewöhnliche Bild der Herzrhabdomyome, u. a. den starken Glykogengehalt der Geschwulstzellen. Im gesamten Myokard bestand ein eigentümliches Stehenbleiben auf der embryonalen Entwicklungsstufe. Dieser Befund, im Zusammenhang mit der Beobachtung, daß die Rhabdomyome des Herzens namentlich bei Neugeborenen und Kindern in den ersten Lebensjahren zur Beobachtung kommen, sprechen zugunsten der Auffassung, daß die Rhabdomyome des Herzens einfach embryonale Gewebsmißbildungen sind, deren unabhängiges Wachstum vollständige Ausbildung bereits in der Embryonalzeit seinen Abschluß erreicht. Kurt Boas.

G. Michels, Beitrag zur Lehre von der Chorea hysterica. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1915.) Verf. berichtet über folgenden einschlägigen Fall:

Bei dem 14jähr. Patienten bestand eine deutliche Hyperästhesie. Während der Untersuchung traten in immer zunehmender Stärke völlig arhythmische Zuckungen auf. Die Extremitäten wurden blitzartig zur Seite geschleudert oder in den verschiedenen Gelenken flektiert und adduziert. Bei besonders ausgiebigen Zuckungen trat eine kurze ruckartige Erschütterung des Rumpfes hinzu, der dann etwas emporgeschleudert wurde. Kopf frei, selten traten im Gesicht grimassierende Bewegungen auf. Die Zuckungen hatten meist nicht den Charakter der choreatischen; ihre Stärke und Ausdehnung war sehr von der Aufmerksamkeit des Patienten abhängig. Patient konnte sie für Sekunden unterdrücken, worauf sie dann mit besonderer Heftigkeit wieder auftraten. Kurt Boas.

Christian Kühl, Über Chorea minor mit Psychose. (Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1915.) Die psychischen Störungen bei der 18jähr. mit Chorea minor behafteten Patientin waren durch eine weitgehende Hemmung charakterisiert. Der Zustand stand der stuporösen Form der Amentia am nächsten. Keine Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Die örtliche und zeitliche Orientierung blieb erhalten. Bemerkenswert war mit Rücksicht auf den schweren Krankheitszustand die geringe Ausprägung des Krankheitsgefühles. Der Höhepunkt sowohl der somatischen als auch der psychischen Erscheinungen war von einer Temperatursteigerung begleitet.

In therapeutischer Hinsicht war in dem Falle des Verf.'s der Umstand von Interesse, daß das gegebene Salvarsan nur von vorübergehender Wirkung begleitet war. Kurt Boas.

Th. Gensichen, Zur Symptomatologie der Kleinhirntumoren. (Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1915.) In dem vom Verf. mitgeteilten Falle (12jähr. Mädchen) fanden sich an klinischen Symptomen: Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Sehstörungen, Gangstörungen, Krämpfe und psychische Störungen, ferner Stauungspapille, Ataxie, hoher Lumbaldruck. Aus dem nach links stärkeren Nystagmus, aus der Klopfempfindlichkeit der linken Hinterhauptschuppe und der stärkeren Unsicherheit links war es möglich, den Hauptherd links anzunehmen. Patientin starb jedoch vor Ausführung der Operation.

Die Sektion ergab ein kleinzelliges Sarkom am linken Kleinhirnbrückenwinkel. Kurt Boas.

Hermann Haugk, Osteotomie und andere operative Eingriffe bei Entbindungslähmung. (Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Leipzig.) (Leipzig 1915.) Verf. berichtet über einen Fall von Entbindungslähmung vom Typus Erb-Duchenne nach verlängerter Geburtsdauer und manueller Lösung des Armes bei einem jetzt 6jähr. Jungen. Die Lähmung war nur eine vorübergehende. Das elektrische Verhalten war völlig negativ. Eine Fraktur lag, dem Röntgenbilde nach zu urteilen, nicht vor. Für Distorsion oder Luxation fehlten ebenfalls Anhaltspunkte. Es wurde die Osteotomie gemacht und dadurch ein voller Erfolg erzielt.

Verf. empfiehlt an Stelle der Massage und elektrisch-gymnastischen Methoden in Fällen von schweren, durch die Geburt entstandenen Funktionsstörungen, mag es sich um echte, neurotraumatische oder falsche mechanische Lähmungserscheinungen handeln, das operative Verfahren.

Der Symptomenkomplex der Entbindungslähmung wird ausführlich geschildert und die operativen Verfahren beschrieben, unter besonderer Berücksichtigung der Osteotomie, das in Zukunft mehr und mehr das Verfahren der Wahl zu werden verspricht.

Kurt Boas.

L. Wester, Über Encephalitis purulenta. (München 1915.) Der Fall des Verf.'s betrifft ein 3jähr. Mädchen, das kurze Zeit vorher eine Verletzung des rechten Scheitelbeins infolge eines Unfalles

erlitten hatte. Während der Wundbehandlung erfolgte die Infektion. Die Trepanation ergab, daß außer dem Schädelknochen und seinem Periost auch die Dura mitverletzt war. Verf. nimmt daher einen traumatischen Hirnabszeß an. Die Anamnese ergab zwar ein Lungenleiden bei einer Schwester der Patientin. Doch gab weder der klinische Befund noch die Sektion Anhaltspunkte für Tuberkulose. Der Abszeßeiter enthielt massenhaft Streptokokken. Kurt Boas.

E. Overhoff, Beitrag zur pathologischen Anatomie und Pathologie der Irideremia totalis congenita. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Rostock i. M.) (Rostock 1914.) Es handelte sich in dem Falle des Verf.'s im wesentlichen um ein Embryotoxon, um eine Defektbildung der Descemetschen Membran im Hornhautzentrum, welche wohl für die zentrale Hornhauttrübung verantwortlich zu machen ist, ferner um eine Auflagerung neugebildeten Bindegewebes auf eine große Strecke der Hornhautoberfläche; um rudimentäre Entwicklung der Iris, auf der einen Seite stärker ausgebildet als auf der anderen; um Vorhandensein des Schlemmschen Kanales; ausgedehnte, nicht entzündete Veränderungen der Netzhaut; Fehlen der Stäbchen- und Zapfenschicht; Bildung zystischer Hohlräume, welche den Glaskörperraum auf einen kleinen, nach vorn zu gelegenen Raum reduzieren.

Die Komplikation von angeborenen Hornhauttrübungen und Irideremie, wie sie schon häufiger beobachtet wurde, ist nach Ansicht des Verf.'s zurückzuführen auf eine mangelhafte Proliferation des Ektoderms im Bereiche der Augenanlage überhaupt.

Kurt Boas.

O. H. Kessler, Praktische Ergebnisse der Vagotonielehre für die medikamentöse Behandlung von Magen- und Darmkrankheiten. (Tübingen 1914.) Verf. faßt seine Ausführungen in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Bei Magen-Darmerkrankungen, welche man ungezwungen als zum Symptomenkomplex der Vagotonie zugehörig auffassen kann, verbürgt eine Atropinkur, als kausale Therapie, gute Resultate. Daneben darf die örtliche und diätetische Therapie natürlich nicht vernachlässigt werden.

2. Den wenigen Mißerfolgen, welche in der Literatur verzeichnet sind, steht eine große Anzahl recht guter Erfolge gegenüber.

3. Das Atropinderivat Eumydrin ist dem Atropinum sulfuricum besonders in der ambulanten Praxis vorzuziehen. Eumydrin wird von den Patienten besser ertragen; toxische Erscheinungen treten erst nach längerem Gebrauch und bedeutend schwächer auf als bei Atropinum sulfuricum und werden nur selten beobachtet, während die kurative Wirkung deutlich zutage tritt. Kurt Boas.

Max Schneider, Ein Beitrag zur Frage der manisch-depressiven Erscheinungsformen bei Dementia praecox. (Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität in Würzburg.) (Würzburg 1915.) Es wird über 6 Fälle von Dementia praecox ausführlich berichtet, die zuerst als manisch-depressives Irresein klinisch imponierten. Die

Dementia praecox-Symptome waren oft nur spärlich vorhanden und wenig ausgeprägt. Die richtige Erkennung dieser Zustände ist namentlich in prognostischer Beziehung von großer Wichtigkeit. Verf. stimmt mit Urstein darin überein, daß manches, was man nicht in die übrigen Schemata gut unterbringen kann, als zirkuläres Irresein diagnostizieren soll. Besonders zu achten hat man auf ein depressives Anfangsstadium ohne richtige ängstliche, traurige Verstimmung, rasch, d. h. manchmal öfter als stündlich wechselnde Stimmung, kurze, rasch wiederkehrende Erregungszustände, alle Stereotypien, somatische Symptome und anderes mehr. Verf. glaubt, daß man dann viel seltener zirkuläres Irresein und um so häufiger Dementia praecox diagnostizieren wird. Der Begriff der letzteren wird dann viel inhaltsreicher sein. Jedenfalls ergibt auch die Kasuistik des Verf.'s, daß die Dementia praecox im Beginn eine ganze Reihe anderer Psychosen vortäuschen kann. Diese Tatsachen muß man wissen und sich stets vor Augen halten, um sich vor elementaren diagnostischen Irrtümern zu schützen. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Romeo Monti, Ein Fall von Gangrän des Meckelschen Divertikels durch Volvulus desselben. (Aus der chirurgischen Abteilung des St. Anna-Kinderspitals zu Wien.) (W. kl. W. 1915 Nr. 42.)

F. P., 5 Jahre alt.

Am 13. Juni 1914 wurde das Kind mit der Diagnose Appendizitis ins St. Anna-Kinderspital eingeliefert.

Anamnestisch ließ sich folgendes in Erfahrung bringen: Das eheliche Kind war normal und rechtzeitig als dritte Geburt zur Welt gekommen. Die Mutter war ebenso wie der Vater der Kinder gesund und kräftig, hatte eine ganz normale Schwangerschaft und ein ganz normales Wochenbett durchgemacht. Mißbildungen oder sonstige Konstitutionsanomalien waren bei den Eltern nicht vorhanden.

Von Geburt auf kräftig, gedieh das Kind, das 9 Monate an der Mutterbrust war, sehr gut und war bis zum 15. Lebensmonat völlig gesund. Da begann es abzumagern, weswegen die Mutter die Ambulanz der Poliklinik aufsuchte, wo eine Spondylitis diagnostiziert wurde, die nach längerer Behandlung (Gipsbett. zwei Gipsmieder) ausheilte. Im 3. Lebensjahre überstand das Kind die Masern, die ohne Komplikationen verliefen, und vor 10 Wochen Scharlach und Varizellen (Wilhelminenspital).

Vor 3 Wochen hatte das Kind das Spital verlassen und fühlte sich ganz wohl. Der Knabe litt wohl schon seit der Geburt an Stuhlverstopfung, hatte bisher noch nie über Bauchschmerzen geklagt.

Gegenwärtige Erkrankung begann nun ganz plötzlich am Abend des 12. Juni 1914, also etwa 24 Stunden vor dem Eintritt ins Spital, mit Fieber, Bauchschmerzen und Erbrechen. Letzteres wiederholte sich mehrmals, und die Schmerzen im Bauch waren so heftig, daß der Knabe in seiner Nachtruhe sehr gestört war und oft laut aufschreien mußte. Da sich der Zustand immer mehr und mehr verschlimmerte und das Kind stark herabkam und ununterbrochen jammerte, so wurde ein Arzt geholt, der die Diagnose Blinddarmentzündung stellte und das Kind zur sofortigen Operation ins Spital überführen ließ.

Bei der Aufnahme konnte folgender Status erhoben werden: Ein in der Entwicklung zurückgebliebenes Kind von mäßig gutem Ernährungszustand und schwächlicher Konstitution. Die Haut blaß, zeigt am Stamm zahlreiche, linsengroße, pigmentierte Stellen (ausgeheilte Varizellen). Im Bereiche der Wirbelsäule

ist eine bogenförmige kyphotische Vortreibung der Dornfortsätze der untersten vier Brustwirbel (ausgeheilter Gibbus) vorhanden.

Deutlich ausgeprägte Facies abdominalis, Puls 154, klein; Temperatur 38,2°; Zunge trocken, belegt; Rachen frei; Herz- und Lungenbefund ohne Besonderheiten.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben, gespannt, überall druckempfindlich, aber hauptsächlich in der Ileozökalgegend und zwischen Nabel und Symphyse; daselbst weder eine Resistenz noch Dämpfung nachweisbar; der Perkussionsschall überall, auch über den abhängigen Partien des Abdomens, tympanitisch. Die Rektaluntersuchung ergibt nichts Abnormes; Stuhl seit 2 Tagen angehalten; im Harn außer geringen Mengen von Indikan keine abnormen Bestandteile.

Mit Rücksicht auf die Anamnese und den klinischen Befund wird als Zunächstliegendes die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine vom Wurmfortsatz ausgehende Peritonitis gestellt und sofort zur Operation geschritten.

In ungestörter Narkose (Billrothmischung 40 g) Eröffnung des Abdomens durch den üblichen Falltürschnitt. Es entleert sich eine reichliche Menge dünnflüssigen, gelblichen, übelriechenden Eiters. Der leicht zu entwickelnde Wurmfortsatz zeigt sich zwar in toto verdickt, gerötet und mit membranösen Auflagerungen an seiner Spitze bedeckt, jedoch nicht perforiert.

Da dieser Befund nicht imstande ist, das Krankheitsbild zu erklären, so wird nach Resektion des Wurmfortsatzes und Versorgung seines Stumpfes der Darm revidiert.

Bei der Eventration findet man ein kindskopfgroßes Konvolut von Dünndarmschlingen, die durch fibrinöse Beläge miteinander verklebt sind. Nach stumpfer Lösung dieser Verklebungen kommt man in eine mit eitrigem, fäkulentem Inhalt gefüllte Abszeßhöhle, in deren Mitte sich eine vom Ileum ausgehende, ca. 6 cm lange und 3 cm breite wurstförmige Geschwulst befindet, die an ihrer Abgangsstelle vom Darm vollständig um ihre Längsachse gedreht und an ihrem distalen Ende mit einer gegenüberliegenden Dünndarmschlinge ziemlich fest verwachsen erscheint.

Die Wand dieses Tumors, der nach näherer Orientierung als Meckelsches Divertikel erkannt wird, präsentiert sich in toto stark gerötet und geschwollen und zeigt eine etwa linsengroße, rundliche Perforationsöffnung, aus der sich fäkulente, gangränöse Massen entleeren.

Die Verwachsung des distalen Endes mit einer Dünndarmschlinge verursacht bei der Lösung eine Blutung, die durch Naht gestillt werden muß. Nach Abquetschung und Abbindung an seiner Abgangsstelle vom Darm wird der Tumor abgetragen, der Stumpf sorgfältig übernäht, die Bauchhöhle durch zwei Gummischläuche drainiert und die Operationswunde durch Klammern verkleinert.

Der Heilungsverlauf war ein äußerst günstiger. Das Kind erholte sich nach der Operation recht bald. Fieber und Erbrechen verschwanden in den nächsten 24 Stunden, und die anfänglich ziemlich starke Eitersekretion versiegte allmählich, so daß die die Bauchhöhle drainierenden Gummischläuche schon am 10. Tag entfernt werden konnten.

14 Tage nach der Operation verläßt der Knabe als geheilt das Spital.

Das Divertikel befand sich im unteren Ileum in einer Entfernung von ca. 50 cm von der Ileozökalklappe und entsprang nicht von der freien, konvexen Seite des Darmes gegenüber dem Mesenterialansatz, sondern knapp neben dem Mesenterium, hatte eine zylindrische Form mit einer leichten Erweiterung in seiner Mitte, und sein Lumen erschien gegen die Darmlichtung hin etwas verengt.

Das Divertikel war 6 cm lang, an seiner breitesten Stelle 3,5 cm im Durchmesser und mit reichlichem gangränösen Inhalt gefüllt. Seine Wand, die histologisch die gleiche Struktur wie die Wand des Dünndarmes aufweist, war gangränös und hatte eine linsengroße Perforationsöffnung, etwa 1 cm unterhalb der Abgangsstelle des Divertikels vom Darm.

Die Gangrän betraf nur das Divertikel. Die benachbarten Darmpartien waren wohl akut entzündet und mit fibrinösen Auflagerungen

bedeckt; doch boten sie sonst nichts Abnormes, und eine Verengung des Darmlumens oberhalb der Abgangsstelle des Divertikels konnte ebensowenig nachgewiesen werden wie ein Mesenteriolum und ein Ligamentum terminale, in welches solche Divertikel sehr oft übergehen.

Die Divertikelspitze war an einer gegenüberliegenden Darmschlinge ziemlich fest fixiert, und die Lösung dieser Verwachsung gelang wohl stumpf, verursachte aber eine Blutung, die durch Naht gestillt werden mußte.

Verf. will hier diesen Umstand besonders hervorheben, weil er diese Adhäsion, die für das Zustandekommen des Volvulus des Divertikels sicherlich von Bedeutung ist, nicht als Folge des gegenwärtigen Prozesses, sondern als Rest einer abgelaufenen Entzündung betrachtet, obwohl letztere aus der Anamnese nicht zu entnehmen ist.

Der Mechanismus des Volvulus läßt sich mit Sicherheit nicht erklären.

Nimmt man an, daß das Divertikel ursprünglich frei endigte und die Fixation der Divertikelspitze erst nach dem Volvulus durch entzündliche Verklebungen zustande gekommen sei, so könnte man die Drehung des Divertikels um seine Längsachse einfach durch abnorme Füllung des Darmanhängsels erklären.

Hält man aber die Fixation der Divertikelspitze für das Produkt einer schon früher abgelaufenen Entzündung, was nach dem Operationsbefund viel wahrscheinlicher erscheint, so dürfte das Zustandekommen des Volvulus darin seine Erklärung finden, daß durch rege Peristaltik um die Ansatzstelle des Divertikels eine Längsdrehung des benachbarten Dünndarmes stattfand, wodurch das an seiner Spitze fixierte Divertikel eine Torsion an seiner Basis erfuhr.

Es muß immerhin mit dem Umstand gerechnet werden, daß der Knabe 10 Wochen vor der Operation Scharlach und bald darauf Varizellen durchgemacht hatte, wodurch es zu einer akuten Abmagerung und einer allgemeinen Muskelschwäche gekommen war.

Die Darmatonie, die sich schon anamnestisch durch die chronische Obstipation annehmen läßt und der Schwund des Abdominalfettes im Verein mit der Schwäche der Bauchmuskulatur könnten als unterstützende Momente für das Zustandekommen des Volvulus herangezogen werden.

Infolge dieses Volvulus war es zum Verschluß des Divertikellumens, zu Kotstauung, Gangrän und Perforation der Divertikelwand mit diffuser, eitriger Peritonitis gekommen. Die klinischen Erscheinungen verliefen unter dem Bilde einer schweren Peritonitis und setzten ganz akut ohne Prodromalsymptome ein.

Es ist selbstverständlich, daß die Diagnose solcher Fälle nur bei offener Bauchhöhle möglich ist und daß eine Heilung nur durch einen frühzeitigen, chirurgischen Eingriff erzielt werden kann.

Die Prognose ist sehr infaust; Fehre, der neben zwei eigenen Beobachtungen noch 12 Fälle von Volvulus des Meckelschen Divertikels aus der Literatur sammeln konnte, gibt an, daß von diesen 14 Fällen 10 operiert und nur 2 dadurch gerettet wurden.

Es geht daraus mit großer Wahrscheinlichkeit hervor, daß der Erfolg der Operation an den möglichst frühzeitigen chirurgischen Eingriff gebunden ist. Grätzer.

Miramond de Laroquette, Variations de la ration alimentaire et du poids du corps sous l'action du rayonnement solaire dans les diverses saisons. Nutrition par la chaleur. (Compt. rend. CLVIII. 8. p. 586.) Die tägliche, intensive und fortgesetzte Sonnenbestrahlung oder künstliche Bestrahlung führt den Geweben eine auf direktem Wege absorbierte Energiemenge zu, die sie instandsetzt, die Nahrungsmenge zu reduzieren und sekundär in einigen Fällen eine gewisse Reduktion der Körpermasse zu erzielen. Kurt Boas.

H. Grenet et **Sédillot,** Sur l'origine syphilitique de la chorée. (Bulletins et Mémoires de la Société méd. des Hôpitaux 1913. No. 2.) Milian hat vor kurzem an gleicher Stelle auf die bedeutsame ätiologische Bedeutung der Syphilis bei der Chorea minor aufmerksam gemacht, was ihm jedoch von anderer Seite bestritten wurde. Babonneix hat sich ebenda in Milian zustimmendem Sinne geäußert. Er fand in etwa $^1/_4$ aller von ihm beobachteten Fälle Anzeichen von Syphilis. Die Verff. bringen ihrerseits einen weiteren Beitrag zur Lues-Choreafrage, indem sie zwei in dies Kapitel schlagende Fälle vorstellen. In dem einen bestanden keine Anhaltspunkte für Syphilis, in dem anderen waren solche vorhanden. Die Verff. glauben, man dürfe in dem zweiten Fall wohl kaum von einem einfachen Zusammentreffen sprechen; sie sind geneigt, in diesem Falle an einen auslösenden, vielleicht sogar ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten zu denken. Kurt Boas.

C. Pascheff, L'oeil violet des crayons chimiques. (Annales d'Oculistique. CLI. 6. p. 43.) Verf. hat in zwei Fällen sowie im Tierexperiment beobachtet, daß die chemischen Farbbleistifte die Konjunktiva violett färben können. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Ylppö (a. G.): **Wucherungen am Schädeldach anämischer Säuglinge.** An einer Anzahl frühgeborener und debiler Kinder, zum Teil Zwillingen, sah Vortr. am Schädeldach in symmetrischer Anordnung kleine Geschwülste auftreten, die sich Hand in Hand mit zunehmender Anämie vergrößern, bis im Alter von 1—2 Jahren der Tod eintritt. Im ganzen kamen drei solcher Fälle zur Sektion, ein vierter lebt zurzeit noch. Nur in einem Fall war die Entwicklungsstörung die Folge eines Morbus Barlow; dies ist auch der einzige, der Skelettveränderungen aufweist. Rachitis war schon klinisch in allen Fällen auszuschließen. Andere Mißbildungen bestanden bei den Kindern nicht. Aus der Literatur ließ sich kein analoger Fall auffinden. Die histologische Untersuchung ergab die Erklärung des Vorkommnisses. Periost und Knochen erwiesen sich als intakt; die stark hyperplastische Diploë bildet die Grundmasse der Geschwülstchen, das Mark ist prävaliert und außerordentlich zellreich. Gegen die Peripherie findet unter Verdickung der Knochenbälkchen der Übergang in normale Kortikalis statt. Es ist die Neubildung als Ausdruck einer gesteigerten Hämopoëse anzusehen, bewirkt durch die hochgradige Anämie.

Diskussion. v. Hansemann: Es besteht kein Zweifel, daß es sich um einfach rachitische Veränderungen handelt, vielleicht in dem einen Fall von ungewöhnlicher Stärke. Wenn sonstige Zeichen von Rachitis fehlen, so liegt eben die häufige isolierte Schädelrachitis vor. Der Knochen ist weich, spongiös und läßt sich mit dem Taschenmesser schneiden. — Benda ist der gleichen Auffassung. — Langstein: Klinisch jedenfalls handelt es sich um etwas ganz anderes, nämlich um ungewöhnlich schwere Anämie, mit 20% Hämoglobin in einem Fall. Vielleicht war in den anderen Beobachtungen des Herrn v. Hansemann die Rachitis nur eine komplizierende Krankheit und lag im Grunde auch Anämie vor. — Ylpö (Schlußwort): Die Röntgenbilder ließen Rachitis ausschließen. Eine Weichheit des Schädels bestand nicht: im Gegenteil große Sprödigkeit.

Langstein: **Ernährung und Wachstum von Frühgeborenen.** Vortr. berichtet über die am Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus gesammelten Erfahrungen an 250 Frühgeburten. Das Escherichsche Couveusenzimmer wurde zugunsten freier ventilierter Räume aufgegeben, da die Kinder in ihm welk wurden. Die Aufrechterhaltung der normalen Temperatur und Feuchthaltung gelang durch Warmwasserspülungen. Bei einem Gewicht von 2 kg aufwärts genügt Warmhaltung mit Wärmflaschen' in mäßig vorgewärmtem Raume. Die Ernährung durch den Schlauch bleibt die gegebene Ernährungsweise, welche jede geschulte Pflegerin durchführen kann. Indessen darf man nicht versäumen, zwischendurch immer wieder die Flasche anzubieten, die von der zweiten oder dritten Woche an genommen wird. Man gibt häufige und kleine Mahlzeiten bis zum zweiten oder dritten Monat. Die von Birk empfohlene holländische Säuglingsnahrung (Buttermilch) gibt zwar gut zunehmende, aber blasse, aufgeschwemmte, anfällige Kinder. Gegen die Anfälligkeit ist Frauenmilch das beste Schutzmittel. Gegen die Krämpfe, welche auf Spasmophilie beruhen, hilft Frauenmilch, Kalk und Phosphorlebertran. Diese sind daher empfehlenswerte Zusätze zur Frauenmilchnahrung. Entgegen der namentlich von Czerny aufgestellten Theorie eines mangelhaften Kalkdepots erweisen sie sich jedoch ohnmächtig, die im zweiten bis vierten Monat auftretende Kraniotabes zu verhüten. Etwas günstiger liegen die Tatsachen für die Eisendepottheorie der Anämie, welche den Typus der Chlorose hat. Denn das Eisendepot wird erst im achten Fötalmonat gefüllt. Wohl gelingt es, auch untergewichtige Kinder von 860 g usw. zu erhalten; aber die Mühe ist eigentlich schlecht angebracht, denn die Kinder bleiben schwächlich und werden nie gesund. Die künstliche Frühgeburt, z. B. bei Beckenenge, ergibt eine viel geringere kindliche Sterblichkeit, wenn die Kinder rechtzeitig in geeignete Verhältnisse entweder bereits in der Gebäranstalt oder im Säuglingsheim gelangen. Der Transport muß in einer tragbaren Couveuse geschehen, damit die Kinder nicht, wie es oft vorkam, auf 30° oder noch tiefer abgekühlt eintreffen.

Diskussion. Cassel bespricht auf Grund seiner Erfahrungen in der Säuglingsberatungsstelle das Verhalten der Frühgeborenen in der Häuslichkeit, zumal in der proletarischen. Die größten Gefahren sind die Dyspepsien und die Abkühlung. Er legt großen Wert auf die Belehrung der Mütter hinsichtlich der Wärmeregulierung (auch Überhitzung wird nicht vertragen), der Ernährung und des Schutzes vor Infektion. Die künstliche Ernährung bedient sich am besten der selbstbereiteten Magermilch. Buttermilch wird zur Zwiemilchernährung benutzt, Eiweißmilch bei Verdauungsstörungen. Die Anämie solcher Kinder ist kaum zu umgehen. Rachitis und Krämpfe treten in der Häuslichkeit weit weniger auf als in Anstalten. (Vereinigte ärztl. Gesellschaften, Berlin 5. Mai 1915.)

Dorner: **Fall von Mißbildung beider Arme (Strahldefekt) und der Brustwand.** Sie sehen hier ein 6jähr. Mädchen, bei welchem beide Daumen fehlen. Thenar fehlt vollständig; die Handwölbung fehlt ebenso. Die rechte Hand steht gegen den Unterarm fast rechtwinklig gebeugt. Der Unterarm ist deutlich gekrümmt. Beim Betasten nimmt man wahr, daß der Radius der rechten Hand vollständig fehlt; die noch zu fühlende Ulna ist stark verkürzt und verdickt. Der Processus styloideus springt stark vor. Unterhalb des Processus styloideus bemerken wir eine leichte Grube. Der Mittelhandknochen des Daumens fehlt vollständig. An der linken Hand sind auch nur vier Finger vorhanden. An der Stelle des Daumens ist ein kleiner Vorsprung zu sehen. Die Hand steht in normaler Lage, nicht gegen den Unterarm rechtwinklich gebeugt. Die Bewegungen im Unterarm

lassen sich gut ausführen. Beim Betasten kann man hier den Radius neben der Ulna fühlen. Der Mittelhandknochen des Daumens fehlt gleichfalls vollständig. Pronation und Supination sind gut ausführbar. Weiter fällt bei dem Kinde auf der ausgeprägte Schiefhals; der Kopf ist auf die rechte Schulter gebeugt; das Gesicht ist asymmetrisch. Die Wirbelsäule ist in der oberen Halspartie stark nach links ausgebogen. In der mittleren Brustpartie ist eine kompensatorische Biegung nach rechts vorhanden. Die Skapula auf der rechten Seite ist vollständig nach oben geschoben und steht quer, während sich die linke Skapula in normaler Lage befindet. Beim Betasten der Brust können wir vorn rechts einige Unregelmäßigkeiten an den Rippen feststellen. Der rechte Arm kann nur bis zur Horizontale gehoben werden. Es scheint, als ob der Musculus serratus anticus auf der rechten Seite atrophisch wäre. Was die Muskulatur des Armes anlangt, so läßt sich nur so viel konstatieren, daß eine Pronation im rechten Unterarm nicht deutlich ausführbar ist, daß bei oberflächlicher Betrachtung Muskeldefekte nicht vorhanden sind. Umfang des rechten Oberarmes 13,5 cm, des linken Oberarmes 15,5 cm, Umfang des rechten Unterarmes in der Mitte 12 cm, des linken Unterarmes in der Mitte 14,5 cm. Die Länge des rechten Unterarmes beträgt 11 cm, die des linken 14 cm, die des rechten Oberarmes 17 cm und die des linken 18 cm. Es fehlen zweifellos die am Radius ansetzenden Muskeln, doch läßt sich darüber eine genaue Bestimmung nicht treffen. Von sonstigen Anomalien sind bei dem Kinde anscheinend keine vorhanden, besonders ist bei ihm eine Hufeisenniere nicht zu konstatieren. Über die Anamnese konnten wir von der Mutter nur folgendes erfahren: Das Kind sei mit einem verkrümmten Hals zur Welt gekommen. An der rechten Hand waren vier Finger, an der linken ebenfalls nur vier Finger und ein kleines Anhängsel an Stelle des linken Daumens vorhanden. Dieses wurde in den ersten Lebenstagen, da es nur durch eine dünne Hautbrücke mit der Hand verbunden war, abgenommen. Zwei andere Kinder leben und sind gesund. In der Familie sind sonst keine angeborenen Mißbildungen vorgekommen. Die Betrachtung der Röntgenplatte ergibt an der rechten Hand einen totalen Defekt des Radius, eine deutliche Krümmung der Ulna. Dann sind an dem Röntgenbilde nur drei Ossifikationskerne von Handwurzelknochen, eventuell auch vier zu erkennen, und zwar das Triquetrum, das Hamatum und das Kapitatum. Das Pisiforme ist durch eine geringe Verdichtung angedeutet. Das Navikulare scheint vollständig zu fehlen, von dem Lunatum ist nichts zu erkennen. Das Multangulum majus und das Multangulum minus sind noch nicht angedeutet. Die vier Mittelhandknochen sind gut ausgebildet, ebenso die einzelnen Phalangen, nur vom Daumen ist auch nicht die geringste Andeutung wahrnehmbar. An der linken Hand sehen wir den Radius in vollständig normaler Weise vorhanden. Aber die Epiphyse ist wohl mangelhaft ausgebildet. Es sind auch hier nur vier Handwurzelknochen bisher sichtbar, und zwar das Triquetrum, das Kapitatum, das Hamatum und das Multangulum minus. Es fehlen auch hier vollständig das Navikulare und das Lunatum. Das Pisiforme ist noch gar nicht angedeutet, ebensowenig das Multangulum majus. Auf einer Thoraxaufnahme können wir außerdem erkennen, daß auf der rechten Seite die vier obersten Rippen anscheinend in unregelmäßiger Weise verschmolzen sind. Die vier darauf folgenden Rippen springen auch in einer mehr kompakten Weise von den Wirbeln ab und stehen miteinander in innigem Konnex, teilweise durch Brücken miteinander verbunden, teilweise auch miteinander verschmolzen. Die einzelnen Rippen sind auch sehr verschieden stark. Die Skapula steht ganz horizontal. Anomalien an den einzelnen Wirbeln lassen sich hier mit Sicherheit infolge der starken Zusammendrängung durch die hochgradige Verkrümmung nicht feststellen. — Unser Fall gehört zu den typischen Strahldefekten, wie sie von Herschel zuerst aufgestellt wurden. Derartige Strahldefekte sind von Kümmell sehr eingehend studiert worden, ebenso von Klaussner. Ähnliche Defekte hat Joachimstal bei mehreren Personen einer Familie beobachtet. Diese Strahldefekte entstehen nach den Übereinstimmungen der Autoren bei der Anlage des Gliedes in der dritten bis fünften Embryonalwoche. Und zwar nimmt man im allgemeinen an, daß durch äußere Ursachen, sei es durch äußeren Druck, sei es infolge von geringem Amnionwasser oder auch Amnionverklebungen (auch äußere Eindrücke, starkes Schnüren usw. werden dafür verantwortlich gemacht) es zu einer mangelhaften Ausbildung des einen angelegten Strahles kommt.* Die häufige Kombination mit anderen Defekten, so besonders mit Verkrümmungen der Wirbelsäule und Rippenverwachsungen, die bei Küm-

mell 6mal unter 67 Fällen beobachtet wurden, sprechen gleichfalls für diese sogenannte exogene Entstehungsart. Die zweite Möglichkeit der Entstehungsart, die endogene, wird nur bei vererbten Fällen angenommen. Dabei handelt es sich wohl meistens um Vererbung von Eigentümlichkeiten in der Amnionbildung oder um Mißbildungen im Uterus, wodurch bei allen Kindern einer Mutter derartige Defekte hervorgerufen werden. Rein endogene, d. h. kongenitale Mißbildungen für die Strahldefekte sind äußerst selten. Im ganzen sind von der Ihnen hier gezeigten Mißbildung etwa 100 Fälle beschrieben, die meistenteils an Frühgeburten gefunden wurden. Am häufigsten war mit diesen Defekten eine Hufeisenniere vereinigt. Interessant sind die durch anatomische Untersuchungen besonders von Kümmell aufgedeckten Mängel in der Muskulatur. So pflegt meistens bei Radiusdefekten der lange Kopf des Bizeps nicht ausgebildet zu sein; ebenso fehlt der Brachialis internus, weiterhin der Supinator brevis, Pronator teres und besonders die für den Daumen bestimmten Muskeln. Am Lebenden lassen sich diese Defekte schwer demonstrieren. Es scheint, als ob bei unserem Kinde der lange Bizepskopf auf der rechten Seite nicht deutlich zu fühlen wäre. Die Nerven und Arterien sind in der Mehrzahl der Fälle vollständig intakt. Auf der rechten Seite ist bei unserem Kinde die Arteria radialis nicht deutlich pulsierend zu fühlen, die Ulnaris zweifellos etwas erweitert. An der linken Hand läßt sich der Radialispuls wahrnehmen; aber auch hier ist die Ulnaris deutlicher zu fühlen und die Interossei in der Mitte der Hand gleichfalls stärker ausgebildet.

Diskussion. Marchand: Eine mechanische Entstehungsursache der von Herrn Dorner gezeigten interessanten Mißbildung möchte ich nicht für sehr wahrscheinlich halten, so groß auch in vielen Fällen die Bedeutung amniotischer Verwachsungen für die Entstehung von Difformitäten und Defektbildungen an den Extremitäten und am Rumpf ist. Indessen muß man in solchen Fällen erwarten, daß auch wirklich deutliche Reste von amniotischen Verwachsungen vorhanden sind. Die Form der Mißbildung allein kann täuschen. So sehr man geneigt sein kann, eine mechanische Erklärung vieler Mißbildungen anzunehmen, so haben doch die experimentellen Untersuchungen mehr und mehr gezeigt, daß auch andere, z. B. toxische Einwirkungen die gleiche Rolle spielen können. Typische Mißbildungen, wie die hier vorliegende, lassen eine Entstehung aus sogenannten inneren Ursachen als das Wahrscheinlichste annehmen; dafür spricht auch das bekanntlich nicht seltene erbliche Auftreten, besonders bei Bildungsfehlern der Extremitäten (Spalthand, Polydaktylie usw.).

(Medizinische Gesellschaft zu Leipzig, 16. Februar 1915.)

Engelmann: **Diphtheriebazillenträger und chronische Diphtherie.** Es besteht noch kein fester Begriff dafür, welche Eigenschaften der echte Diphtheriebazillus hat. Abgesehen von der Scharlachdiphtherie kommt es auch vor, daß bei sicherer Diphtherie mehrere Abstriche keine Diphtheriebazillen liefern — aus verschiedenen Gründen; es kann auch an der Art des Abstreichens liegen. Es herrscht noch keine Klarheit darüber, wie weit die sogenannten Bazillenträger die Krankheit wirklich verbreiten — und vor allem, welche von diesen. Nur das wissen wir, daß der Löfflerbazillus eine der Ursachen der Diphtherie ist, und wir können einen Bazillus, der einigermaßen den Bedingungen entspricht und im Abstrich einer echten Diphtherie gefunden wird, als Diphtheriebazillus ansprechen. Bei einer großen Zahl von sogenannten Bazillenträgern handelt es sich um eine eng begrenzte chronische Diphtherie am oberen Mandelpol. Aber viel häufiger als im Rachen findet Vortr. bei seinem Material Diphtheriebazillen in der Nase; auch im Alter kommen sie öfter vor. Es ist zu bedenken, daß wir — besonders bei Kindern — nur den allerkleinsten Teil der Schleimhaut sehen können, die vielleicht erkrankt ist und die Bazillen liefert. Daher auch das elende Resultat der Behandlung. Seruminjektion bewirkt immer eine Besserung in der Nase, auch bei alten Fällen, keine Heilung. Und die anderen Mittel — besonders Triol — wirken ähnlich und scheinen die Bazillen zu töten, soweit sie eben eingebracht werden können und solange sie vorhanden sind. Auch vom Yatren sah Vortr. nichts Besseres. Sechs Kinder als Beispiele. Fall 1. Knabe. Im Oktober Rachendiphtherie. Heilung. Zur Schule. Seit einigen Tagen Eiter und Blut aus der Nase. Typische Nasendiphtheriebazillen in der Nase + (kurze Form). Rachendiphtheriebazillen. Nase und Rachen von zwei verschiedenen Untersuchern untersucht. Inzwischen mehrere Diphtheriefälle in der Klasse. — Fall 2. Mädchen. Vor 4 Jahren Rachendiphtherie. Seitdem „verstopfte Nase". In der Nase be-

ginnende Ozäna. Nichts von Diphtherie zu sehen. Rachen und Nasenrachen nichts Besonderes. In der Nase + Diphtheriebazillen, lange Form. — Fall 3. Mädchen. Im Herbst Angina lacunaris. + Diphtheriebazillen. Heilung. Rachen: Nichts Besonderes. Nase: + Diphtheriebazillen (lange Form), sonst nichts Besonderes. Darf das Kind zur Schule? — Fall 4. Knabe. Im Herbst Nasenekzem — typisch für + Diphtheriebazillen. Jetzt feine — girlandenförmige — Krüstchen und trockene Schüppchen. Auch diese sind ziemlich charakteristisch. + Diphtheriebazillen. — Fall 5. Anaphlisten. Knabe. Faule Ecken am Munde, merkwürdigerweise ohne Diphtheriebazillen. Nase + Diphtheriebazillen, ebenso im Ohr, das das Bild einer gewöhnlichen, leichten, schleimigen Mittelohreiterung darbietet. — Fall 6. Knabe. Trauma der Nase im Herbst. + Diphtheriebazillen. Heilung. Jetzt Ekzem des Naseneingangs, in dem, wie Vortr. erwartet, Diphtheriebazillen sich finden, trotzdem der Befund im Hygienischen Institut „negativ" lautet. (In einem Abstrich, den Plaut 2 Tage später machte: + Diphtheriebazillen.) (Ärztl. Verein in Hamburg, 9. Februar 1915.)

Ungar: **Vorstellung einiger Fälle von epidemischem Ikterus.** Vortr. bespricht Erkrankungen an Icterus infectiosus, die in den letzten Wochen in Bonn und Umgebung so zahlreich zur Beobachtung gelangten, wie er sich aus früheren Jahren nicht erinnerte. Die Erkrankung habe vornehmlich jüngere Individuen, namentlich Kinder, befallen; aber auch Erwachsene, so auch Verwundete, bei denen dann die Differentialdiagnose mit Sepsis in Frage kam. Die Erkrankungen begannen meist mit Schüttelfrost oder Erbrechen und hohem Fieber. Dann habe es einige Tage gedauert, bis die ikterischen Erscheinungen hervorgetreten seien. Die allgemeinen Krankheitserscheinungen seien vielfach im Beginn der Erkrankung recht schwere gewesen. Einen ungünstigen Ausgang habe er aber nicht beobachtet. Diese Erkrankungen hätten ihm nun Gelegenheit gegeben, sich wiederum von der Richtigkeit einer Beobachtung zu überzeugen, über welche er bereits früher berichtet habe. Bei Kindern und jüngeren, aber gelegentlich auch bei älteren Personen konnte man bereits in den ersten Tagen der Erkrankung, ja zuweilen schon, bevor deutliche ikterische Erscheinungen bestanden, eine Konsistenzzunahme der Leber feststellen. Bemerkenswert war dabei, daß sich der untere Leberrand fast stets scharf zulaufend erwies und nicht etwa stumpf oder abgerundet. Dabei war die Leber nur ausnahmsweise deutlich vergrößert. Diese Konsistenzvermehrung bildete sich, nachdem das Hindernis für den Eintritt der Galle in den Darm beseitigt war, nur allmählich zurück. Die Tatsache, daß die Konsistenzzunahme der Leber schon so früh eintrat, ja sogar dem Ikterus gelegentlich vorausging und andererseits den Ikterus überdauern kann, hat diagnostische Bedeutung; sie ist aber auch geeignet, ein Licht auf den pathologisch-anatomischen Prozeß bei dieser Erkrankung zu werfen. Es kann sich nicht nur um eine Behinderung des Abflusses der Galle durch Verschluß der Mündung des Ductus choledochus handeln; es kann nicht etwa die Bildung des mythischen Pfropfes, der noch immer in der Pathologie des Ikterus catarrhalis eine Rolle spielt, die Ursache des Ikterus sein. Eine Stauung der Galle durch einen solchen Abschluß des Ductus choledochus könnte nicht eine so frühzeitige und eine den Verschluß überdauernde Konsistenzzunahme des Leberparenchyms ohne gleichzeitige Vergrößerung des Organs bewirken. Eine entzündliche, durch einen spezifischen Erreger bedingte Erkrankung der Gallenwege unter Mitbeteiligung der Leberzellen dürfte die Ursache der Gallenstauung und der Konsistenzzunahme des Organs bilden.

(Niederrhein. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde, Bonn, 16. Nov. 1914.)

Bloch (Basel): **Demonstration eines Falles von Pseudoxanthoma elasticum.** Es handelt sich um ein 12jähr. Mädchen. Familienanamnese ohne Belang; speziell keine Belastung mit Lues oder Tuberkulose nachzuweisen. Nach den Angaben der Eltern soll die Haut am Halse von jeher auffallend schlaff und zu groß gewesen sein. Seit etwa 3 Jahren wurde an ihr auch eine sehr entstellende schmutzig-graugelbe Farbenveränderung konstatiert. Die Veränderungen betreffen hauptsächlich den Hals in seinem ganzen Umfange mit Ausnahme der Nackenpartie. Die Haut des Halses ist tatsächlich auffallend schlaff und läßt sich leichter und in größeren Falten abheben als normalerweise (Cutis laxa). Die Farbe der Halspartien ist schon von weitem auffallend durch ihr Schmutziggrau mit helleren Partien. Aus der Nähe sieht man, daß sich über den ganzen Hals eine Reihe von unregelmäßigen Streifen und Flecken hinzieht. Diese Streifen haben eine gelb-

liche, an altes Elfenbein erinnernde Farbe und prominieren etwas über das übrige Hautniveau. Diese Veränderungen sind, den Hautfalten entsprechend, meist in horizontaler Richtung angeordnet. Es ist bemerkenswert, daß im wesentlichen nur die konvexen Partien der Falten diese Veränderung zeigen, während die tiefen Partien frei sind und ein graubraunes Kolorit und normale Struktur zeigen. Die Streifen und Flecken sind in parallelen Linien geordnet. In der Mitte des Halses, sehr reichlich gegen das Gesicht zu, sowie gegen die Brust, lösen sich die Reihen auf in vereinzelte, wie eingesprengt aussehende Stippchen und Fleckchen von derselben Beschaffenheit. Einzelne der Effloreszenzen zeigen einen mehr rötlichen Farbenton. Am übrigen Körper findet sich keine Abnormität, nur in der Nabelgegend stehen vereinzelte Streifen und Flecken von derselben Beschaffenheit wie am Hals. Es handelt sich bei dem vorgestellten Fall um ein Pseudoxanthoma elasticum. Die Diagnose wird bestätigt durch die mikroskopische Untersuchung, welche ergibt, daß im Bereiche der erkrankten Haut die elastischen Fasern herdweise eine tiefgehende Veränderung zeigen. Die Veränderung besteht in Quellung, Auffaserung und Zerfall (zum Teil körniger Art) der elastischen Fasern. Dabei ist die Tinktionsfähigkeit der elastischen Fasern modifiziert, indem sich dieselben auch durch basische Farben darstellen lassen. Zugleich erscheint das Bindegewebe innerhalb der Herde eine verstärkte Tinktionsfähigkeit zu haben (wie wenn es durch die Substanz der elastischen Fasern imbibiert wäre). Dem mikroskopischen Bilde nach kann es sich nicht, wie von gewisser Seite behauptet wurde, um eine Geschwulstbildung, ein „Elastom" handeln. Man erhält vielmehr den Eindruck, daß bei dieser Krankheit ein toxischer Zerfall des elastischen Gewebes (unter Mitwirkung mechanischer Läsion infolge Zerrung und Faltung) vorliegt. Solche Zustände, bei welchen die elastischen Fasern sich mit abnormen, im Blut kreisenden Stoffen infolge chemischer oder physikalischer Affinität imbibieren und dadurch zugrunde gehen, sind in der Pathologie auch sonst bekannt. Ich erinnere nur an die Silberimprägnation bei Argyrismus, an die von Jadassohn beschriebene Kalkimprägnation und an die Veränderungen des elastischen Gewebes der Haut bei Bence-Jonesscher Albuminurie (Bloch). Um einen verwandten Prozeß dürfte es sich auch beim Pseudoxanthoma elasticum handeln.

(Schweiz. Dermatolog. Gesellsch. — Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 11.)

III. Therapeutische Notizen.

Die Behandlung des Fluor albus. Von Dr. E. Zweifel. Verf. verwendete hauptsächlich Zucker (50%ige Lösung), eine dicke, sirupöse Flüssigkeit. Die Behandlung wurde damit begonnen, daß Verf. einen mit 50%iger Zuckerlösung getränkten Tampon in die Scheide einführte, der 24 Stunden verbleiben sollte. Den Patienten wurde weiter verordnet, abends beim Zubettegehen die Spülungen in Rückenlage vorzunehmen und danach im Bette liegen zu bleiben. Für die Spülungen sollten sie zwei Eßlöffel Zucker in den Irrigator tun und zwei Eßlöffel recht heißen Wassers darüber gießen, um eine bessere Lösung des Zuckers zu erzielen, sodann dies Quantum abgekühlt in die Scheide einfließen lassen. Die Spülungen wurden täglich vorgenommen; die Patienten wurden nach 8—10 Tagen wieder in die Sprechstunde bestellt. Mit dieser Methode hat Verf. 66 Frauen behandelt; die meisten dieser Patienten waren schon lange und mit allen möglichen anderen Mitteln ohne Erfolg behandelt worden. Etwa zwei Drittel der Patienten haben sich in der Sprechstunde wieder vorgestellt. Fast alle gaben an, daß schon nach etwa einer Woche der Ausfluß bedeutend nachgelassen hatte. Oft war es ganz überraschend, wie sich in diesem kurzen Zeitraum eine gleichzeitig bestehende Portioerosion überhäutet hatte. In den meisten Fällen wurden die Frauen von ihren Beschwerden befreit; aber auch hier gab es einige, bei denen ein mäßiger Grad von Ausfluß fortbestand. Bei diesen, die auf Zucker allein nicht genügend reagierten, wurden nun andere Mittel ausprobiert, und zwar zuerst Ätzungen der Zervix mit dem Mengeschen Formalinstäbchen. Das half einige Male sehr gut; in einer Reihe von Fällen bestanden aber die Klagen unverändert fort. Deswegen versuchte Verf. Milchsäurespülungen, die sich bei Schwangeren so gut bewährt hatten, auch bei den gynäkologischen Patienten anzuwenden, zu denen er auch Schwangere in der ersten Hälfte der Gravidität zählt, und zwar

in 0,5%iger Lösung, also der Konzentration, die dem Milchsäuregehalt des normalen Scheidensekrets Schwangerer entspricht. Die Milchsäure ist eine dicke, sirupartige Flüssigkeit; sie wird deshalb zweckmäßig zu gleichen Teilen mit destilliertem Wasser verschrieben.

Rp. Acid. lactic.
Aqua destillata aa . . . 100,0
M. D. S. davon in 1 Meßglas 5 ccm auf 0,5 l Wasser zu verdünnen.

Im allgemeinen kann man einfach den Frauen sagen, sie sollen 1 Teelöffel voll auf 0,5 l Wasser nehmen. Klagt eine Patientin über Brennen, so verdünne man die Milchsäure mit destilliertem Wasser statt zu gleichen Teilen im Verhältnis 2:3; erweist sich diese Lösung noch als zu stark, so verschreibe man

Rp. Acid. lactici 100,0
Aqua destillata 200,0
M. D. S. 5 ccm auf 0,5 l Wasser zu verdünnen, also 0,33%ig.

Milchsäurespülungen hat Verf. außer einigen vorher erfolglos mit Zucker behandelten Patienten bei 38 Frauen verordnet. Da er gesehen hatte, daß die Mehrzahl der Frauen, wenn sich ihr Zustand gebessert hatte, sich bald der Beobachtung entzog, so suchte Verf. die Heilung dadurch zu beschleunigen, daß er zu Beginn der Behandlung gleich in der Sprechstunde die Scheide und eine eventuell vorhandene Portioerosion mit einem in 5%ige Argentum nitricum-Lösung getauchten Tupfer auswischte und die Patienten in 10—14 Tagen wieder bestellte. Diese Argentumlösung verwendete Verf. auf Grund eigener bakteriologischer Untersuchungen bei Schwangeren, bei denen er schon bei 2%iger Lösung gefunden hatte, daß die Bakterienflora nach einer derartigen Spülung wie ausgelöscht war. Verf. hoffte auf diese Weise rascher eine Umstimmung der Scheidenflora herbeizuführen und die Milchsäurespülungen wirksamer zu gestalten. Die mit dieser Behandlung erzielten Resultate waren außerordentlich günstig. Der Ausfluß ließ rascher nach als bei irgend einer anderen Behandlungsweise.

(M. Kl. 1914 Nr. 47.)

Sparsamkeit mit Ölklistieren während des Krieges. Von Prof. H. Strauß (Berlin). Zu den Materialien, an denen während der Kriegszeit gespart werden muß, gehören bekanntlich auch die Fette. Insbesondere ist die Buttergewinnung einzuschränken, weil bei der Herstellung der Butter andere Nahrungsbestandteile der Milch entwertet werden. Der Konsum faßt deshalb mehr als bisher zum Ersatz andere Fette ins Auge. Von diesen interessieren uns hier namentlich die Speiseöle — insbesondere Oliven-, Sesam- und Mohnöl —, aus welchen „Ölklistiere" hauptsächlich hergestellt werden. Die genannten Öle sollten während des Krieges nicht mehr zu Klistieren benutzt werden, da sie für Nahrungszwecke wertvoll sind. An ihrer Stelle sollte Rüböl verwendet werden, das als Speiseöl nur eine geringe Rolle spielt und das sich für den vorliegenden Zweck ebensogut wie eines der genannten Speiseöle eignet, wenn nur eine gute, nicht ranzige Sorte verwendet wird. Ganz allgemein soll und kann aber die Verwendung von Ölklistieren während der Kriegszeit eingeschränkt werden. Für einen großen Teil der Fälle genügen Klistiere aus Wasser, und auch für den Rest ist eine Reduktion des Ölquantums möglich. Sieht man doch bei Anwendung von 50—100 ccm Öl meist dieselbe Wirkung wie bei den üblichen 200 ccm. Solange wir über hinreichende Paraffinvorräte verfügen, mag auch ein Ersatz durch Paraffin entweder in Form der Lipowskischen Mischung oder des gewöhnlichen flüssigen Paraffins in Frage kommen. Wenn man bedenkt, wie ausgebreitet die Anwendung von Ölklistieren ist, wird man das auf dem vorliegenden Gebiete zu sparende Ölquantum nicht ganz gering einschätzen, und man wird es noch höher bewerten, wenn man erwägt, daß gerade die Speiseöle zum großen Teil aus dem neutralen oder feindlichen Ausland eingeführt werden müssen. Ist doch auch die Verwendung von Öl zur Seifenfabrikation — einige medizinische Präparate abgerechnet — schon seit einiger Zeit verboten worden. (D. m. W. 1915 Nr. 11.)

Vollkommener Ersatz des Benzins durch Carbonum tetrachloratum in der Chirurgie. Von Dr. Krummacher, Ibbenbüren. Carbonum tetrachloratum ist eine Flüssigkeit von 1,630 spezifischem Gewicht und wurde ursprünglich hergestellt durch Überleitung von Chlor über glühende Holzkohle; es dient in der Industrie hauptsächlich zur Lösung von Harzen, Kautschuk usw. Das Kilo = $^6/_{10}$ l kostet etwa 1,50 Mk. (Bezugsquelle: B. Hadra, Apotheke zum weißen Schwan,

Berlin, Spandauer Straße 40.) Seit langer Zeit verwendet Verf. Benzin nicht mehr, hauptsächlich wegen seiner Feuergefährlichkeit. Carbonum tetrachloratum reinigt die Haut von Schmutz, Borken, Salbenresten (Mastisol) usw. ebenso leicht und rasch wie Benzin und ist ebenfalls durchaus „reizlos“. Auch in Gemischen von Jodbenzin ersetzt Verf. letzteres durch Carbonum tetrachloratum.

(M. Kl. 1915 Nr. 6.)

Zur Behandlung von Rippenbrüchen. Von Dr. W. Gross, Chefarzt des Krankenhauses Stift Mariahilf in Harburg-E., Stabsarzt Res.-Inf.-Rgt. 73. Seit mehreren Jahren gebraucht Verf. einen einfachen Heftpflasterverband, welcher in der Form eines Längsstreifens von Heftpflaster unterhalb der Bruchstelle beginnt und dann über die entgegengesetzte Schulter zieht. Ist die Schwellung sehr arg und die Schmerzhaftigkeit sehr groß, so legt Verf. zur Stütze der Bruchstücke zwei Heftpflasterstreifen in der angegebenen Richtung unter Freilassung der gebrochenen Stelle parallel, erforderlichenfalls dazwischen den Verband einer Wunde. Der Streifen, welcher sich über die Schulter zieht, muß unter Druck zuerst unterhalb der Bruchstelle, womöglich bei tiefer Inspiration, gelegt werden; dann führt man unter stetigem Zug den Streifen über die Schulter und befestigt ihn handbreit weit auf der entgegengesetzten Seite (Brust oder Rücken). Quer auf die Stelle des Rippenbruches legt Verf. die bekannten, dachziegelförmig sich deckenden Heftpflasterstreifen über den Beginn des zuletzt erwähnten Streifens, um diesen zu befestigen. Einen weiteren Streifen legt man, um den Schulterstreifen zu befestigen, in querer Richtung über das Ende. Es ist auffallend bei diesen Verbänden, wie gut die Leute umhergehen können, ohne erhebliche Schmerzen zu haben, so daß man derartige Fälle ambulatorisch behandeln kann. Diesen Verband möchte Verf. als außerordentlich brauchbar empfehlen, auch bei Nachbehandlung von schmerzhaften Verwachsungen in dem Brustfellraum oder Neuralgien nach der Heilung solcher Brüche oder gleichartiger Erkrankungen.

(D. m. W. 1915 Nr. 12.)

Beitrag zur operativen Behandlung der Epilepsie. Von F. Rauch. Verf. stellt die in der chirurgischen Klinik zu Göttingen in den letzten 25 Jahren operierten Epilepsiefälle zusammen. Es sind im ganzen 22 Fälle, darunter 13 Fälle von allgemeiner nichttraumatischer Epilepsie, 5 Fälle von nichttraumatischer Jackson-Epilepsie, 4 Fälle von allgemeiner Epilepsie nach Trauma, dagegen kein einziger Fall von typischer traumatischer Jackson-Epilepsie. Bei allgemeiner nichttraumatischer Epilepsie wurde 9mal die Resektion des Halssympathicus vorgenommen. Erzielt wurde 1 Heilung; die übrigen Fälle blieben ungebessert. In 13 Fällen wurden Operationen am Schädel vorgenommen, 4mal bei allgemeiner, nichttraumatischer Epilepsie (darunter 1 Fall mit Herderscheinungen nach zerebraler Kinderlähmung), 5mal bei nichttraumatischer Jackson-, 4mal bei allgemeiner traumatischer Epilepsie. Bei diesen 13 Fällen wurde erzielt: 1 Heilung bei nichttraumatischer Epilepsie, 5 Besserungen, und zwar 2 bei allgemeiner nichttraumatischer Epilepsie, 1 bei nichttraumatischer Jackson-Epilepsie und 2 bei traumatischer allgemeiner Epilepsie. Von diesen gebesserten Fällen sind 2 weniger als 3 Jahre beobachtet. 1mal trat Exitus in Narkose ein vor Beginn der Operation. Der Eingriff bestand teils in einfacher Trepanation mit oder ohne Spaltung der Dura, teils in Exzision der Dura oder Lösung von Verwachsungen derselben, teils in Exzision von Gehirnrinde. Verf. meint, wenn die erzielten operativen Erfolge auch keine glänzenden zu nennen sind, so seien sie doch nicht derart, daß man die operative Behandlung der Epilepsie als völlig aussichtslos bezeichnen müßte.

(Beitr. z. klin. Chir. Bd. LXXXV H. 3. — Mtschr. f. Unfallhlkd. 1914 Nr. 11.)

Weitere Beiträge zur Fermenttherapie des Diabetes mellitus. Von Dr. Adolf Schnée. (Aus der Inneren Abteilung des St. Marienkrankenhauses in Frankfurt a. M.) Verf. empfiehlt die Fermocyltabletten der Firma Vial & Uhlmann in Frankfurt a. M. „In 50% der Fälle wird man mit Sicherheit auf einen mehr oder weniger den Zuckergehalt des Harnes herabsetzenden Einfluß dieses Mittels rechnen dürfen, wobei gleichzeitig die Toleranz für Kohlehydrate gehoben wird. Hand in Hand damit werden auch die mit dem Diabetes einhergehenden Beschwerden, wie Muskel- und Nervenschmerzen, Parästhesien und Anästhesien, Durst, Schlaflosigkeit, Furunkulose usw. beseitigt. Häufig erreicht man bei leichteren Glykosurien in wenigen Tagen eine vollständige Entzuckerung des Harnes und kann dann den Kranken durch vorsichtige Steigerung der verabreichten Kohlehydrate

die oft nur mit Widerwillen aufgedrängte Zuckerdiät wesentlich erleichtern. Das alles aber sind nicht zu unterschätzende Vorteile, die neben den Vorzügen einer gewissenhaft durchgeführten Diätkur ganz bedeutend in die Wagschale fallen. Nicht unterlassen möchte ich, zu bemerken, daß in der letzten Zeit zur Herstellung der Fermocyltabletten ein nach einem neuen Verfahren gewonnenes Trockenhefepräparat Verwendung findet, dessen Wirksamkeit das bisher dazu benutzte wesentlich übertrifft". (D. m. W. 1914 Nr. 46.)

Beitrag zur Frage der Sterilisation tuberkulösen Sputums durch Phenolderivate (Phobrol, Grotan, Sagrotan). Von Dr. Th. Messerschmidt. (Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität in Straßburg.) Die in Protokollen wiedergegebenen Versuche zeigen folgendes:

1. 2,5%ige Phobrollösungen vermögen in 4 Stunden, ebenso 2,5%ige Lösungen in 10 Stunden Tuberkelbazillen im Sputum nicht abzutöten, wohl aber 5- und 10%ige Lösungen in 10 Stunden. 2,5%—4%ige Grotanlösungen bewirken in 30 Minuten bis 18 Stunden keine Sterilisation tuberkulösen Auswurfs.
2. 2%ige Lösungen des Grotans in 25%igem Antiformin haben keine günstigere Wirkung.
3. 2—10%ige Sagrotanlösungen vermögen in 2½—3 Stunden Tuberkelbazillen im Auswurf nicht abzutöten.
4. Lösungen von Phobrol oder Sagrotan in Antiformin verhindern die Homogenisierung des Sputums.

Verf. konnte sich nicht davon überzeugen, daß Grotan- oder auch Sagrotanlösungen tuberkulöses Sputum in solch günstiger Weise zu sterilisieren imstande sind, wie Schottelius behauptet. Die Angaben von Laubenheimer über die Wirksamkeit des Phobrols wurden bestätigt. Alle drei Präparate leisten indessen mehr als die bisher für die Praxis der Sputumdesinfektion empfohlenen Desinfektionsmittel. Ihren hauptsächlichen Vorzug erblickt Verf. in der nahezu vollständigen Geruchlosigkeit und geringen Giftigkeit; schon dadurch bedeuten die Chlormetakresole einen wesentlichen Fortschritt in der allgemeinen Desinfektionspraxis. Wenn Laubenheimer aber eine 8stündige Sterilisationsdauer des Auswurfes von Phthisikern feststellen konnte, so möchte Verf. doch noch höhere Anforderungen stellen; für ihn ist die schnelle chemische Desinfektion des tuberkulösen Auswurfes ein für die Praxis noch nicht gelöstes Problem, dessen Lösung im Interesse der Tuberkulosebekämpfung intensiv zu betreiben ist.

(D. m. W. 1914 Nr. 50.)

Behandlung von Pruritus ani. Von J. Cropper (Chepstow). Verf. macht auf zwei einfache Mittel aufmerksam, die ihm gute Dienste geleistet haben: 1. Tinct. jodi, in halber oder voller Stärke, 3mal wöchentlich angewendet. Verf. erwähnt einen Fall mit zahlreichen Hautschrunden, waschlederner Beschaffenheit der Haut, öfteren perianalen Abszessen und Schlaflosigkeit, dem diese Behandlung Ruhe und Schlaf brachte. 2. Noch besser wirkte Tinct. benzoica comps., 2—3mal täglich appliziert, reizt nie; am angenehmsten in Form des Friarbalsams vor einem warmen Bade.

(The Brit. Med. Journ. Mai 1914. — M. Kl. 1914 Nr. 23.)

IV. Neue Bücher.

H. Meyer-Rüegg: **Die Frau als Mutter.** 5. Aufl. Stuttgart, F. Enke. Preis: M. 4.40.

Das bereits sehr verbreitete Buch, welches in gemeinverständlicher und anregender Weise Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett sowie Pflege und Ernährung des Neugeborenen behandelt, hat in seiner neuesten Auflage zahlreiche Verbesserungen und Erweiterungen erfahren. So ist ein ausführlicher Abschnitt über Bau und Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane hinzugekommen, das Kapitel über Säuglingsernährung ist den neueren Anschauungen der Wissenschaft angepaßt worden, und auch sonst erkennt man überall das Bestreben des Verfassers, sein Buch auf der Höhe der Zeit zu halten. Unter diesen Umständen wird das — 335 Seiten starke und 53 Abbildungen enthaltende — Werk sicherlich immer wieder von den Kollegen ihrer Klientel empfohlen werden.

Grätzer.

A. Thiele: **Tuberkulöse Kinder.** Leipzig, L. Voss. Preis: M. 6.—.

Mitten aus der Praxis der Tuberkulosebekämpfung heraus hat der Verfasser, erster Stadtschularzt in Chemnitz, dieses Buch geschrieben, das für Ärzte, Lehrer, Sozialhygieniker, Leiter, Mitarbeiter und Fürsorgeschwestern der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke usw. ein ausgezeichnet orientierendes Nachschlagewerk bilden dürfte. Aus dem reichen Inhalt seien folgende Kapitel hervorgehoben: Der jetzige Stand der Lehre von der Kindertuberkulose. — Die Tuberkulose als Kinderkrankheit. — Tuberkulöse Schulkinder. — Tuberkulose und Berufswahl. — Die Bewahrung der Jugend vor Tuberkulose. — Das Kinderwalderholungsheim Chemnitz. Grätzer.

St. Engel und Marie Baum: **Grundriß der Säuglingskunde nebst einem Grundriß der Säuglingsfürsorge.** Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2. Aufl. Preis: M. 5.—.

„In ihrem ersten Teile ist die 2. Auflage des ‚Grundrisses' vollständig umgearbeitet worden. Viele Ausführungen, namentlich solche theoretischer Natur, sind stark gekürzt oder weggelassen worden, um Platz für neue Kapitel oder Absätze von mehr praktischem Interesse zu schaffen. So wurde der Zubereitung der Säuglingsnahrung, der Pflege und Beobachtung gesunder und kranker Kinder, der Milchkunde u. a. m. ein erheblicher Raum überlassen. Wir hoffen, daß das Buch auf diese Weise den Bedürfnissen der Praxis noch besser gerecht werden wird wie zuvor." So heißt es im Vorwort, und wir können uns heut damit begnügen, dem kleinen prächtigen und durchaus zweckentsprechenden Werke auch fernerhin weiteste Verbreitung zu wünschen. Grätzer.

Dissertationen
(aus deutschen Universitäten).

Bär, A., Beiträge zur Ätiologie und Symptomatologie der Chorea minor (Kiel). — **Brank, F.,** Beitrag zur angeborenen einseitigen Defektbildung der Rippen und der Muskulatur (Kiel). — **Dorner, H.,** Kongenitales Teratom der Schilddrüsengegend mit Hydramnion kompliziert (Erlangen). — **Ehrensberger, L.,** Vergleichende Untersuchungen über den Wert neuerer Mastitisdiagnosen für die Milchkontrolle (Gießen). — **Eich, H.,** Die Enzephalitis als Komplikation und Nachkrankheit der Masern (Kiel). — **Fischer, G.,** Beitrag zur Chondrodystrophia foetalis, mit besonderer Berücksichtigung der durch diese Mißbildung geschaffenen Geburtshindernisse (Berlin). — **Gölkel, K.,** Zur Diagnose der Meningitis im Kindesalter (Kiel). — **Hanzsch, W.,** Die Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum nach dem Material der Kieler Universitätsfrauenklinik in den Jahren 1907—1913 (Kiel). — **Heckner, M.,** Das Cholesteatom des Mittelohres im Kindesalter (München). — **Kappenberg, H. F. L.,** Über die Nierenschädigungen im Beginne des Scharlachs (Leipzig). — **Kostrzewski, C.,** Das Magenkarzinom im Kindesalter (Berlin). — **Krause, W.,** Der Einfluß der hereditären Belastung auf Form und Verlauf der Tuberkulose der Kinder (Berlin). — **Kronenberg, R.,** Azidität und Pepsinverdauung im Säuglingsalter (Breslau). — **Mehnert, M.,** Zur Klinik der sog. Rheumatoide, speziell bei Scharlach, Diphtherie, Pyämie, Pneumonie und Lues nach den Krankengeschichten der Leipziger mediz. Klinik aus den Jahren 1899—1914 (Leipzig). — **Mendelsohn, B.,** Ein Fall von angeborenem partiellen Defekt beider Schlüsselbeine, kombiniert mit kongenitaler Hüftluxation (Berlin). — **Prausnitz, P.,** Klinische Erfolge mit einer aus saurer Milch dargestellten Eiweißmilch (Berlin). — **Seyfarth, P. C.,** Die Dermoide und Teratome des Eierstockes im Kindesalter (Leipzig). — **Trautner, K.,** Über monamniotische Zwillinge (Erlangen). — **Westmeyer, J.,** Der chronische Gelenkrheumatismus im Kindesalter (Göttingen).

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. April 1916. Nr. 4.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

S. Batkin, Die Dicke des Fettpolsters bei gesunden und kranken Kindern. (Jahrb. f. Kinderhlk. 82. H. 2. 1915.) Verf. hat genaue Messungen des Fettpolsters bei gesunden und kranken Kindern vorgenommen mittels Tasterzirkels an hochgehobenen Hautfalten. Das Fettpolster ist nicht gleichmäßig über den Körper verteilt, es besteht aber ein gewisser Parallelismus in der Verteilung an verschiedenen Körperstellen. Die Dicke wächst mit dem Alter, bei Mädchen mehr als bei Knaben. Am stärksten wird das Polster vermindert bei tuberkulösen und ernährungsgestörten Kindern, in geringerem Maße auch bei Rachitikern, Ekzem- und Scharlachkindern. Das Fettpolster kann als guter Leiter bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes dienen, ohne daß man die Stärke desselben dem Ernährungszustande gleichsetzen darf. Husler. (München)

I. Peteri, Die Röntgenuntersuchungsergebnisse des Dickdarms im Säuglingsalter und im späteren Alter. (Ebenda. 82. H. 32.) Untersuchungen mittels Baryum-Stärke-Klysmen. Die Variabilität in Lage und Form des Dickdarms ist beim Kinde noch stärker als beim Erwachsenen. Die Valvula ileocoecalis erscheint bei Säuglingen nicht suffizient, im Gegensatz zu älteren Kindern und zum Erwachsenen. Die Flex. coli sin. liegt auffallend hoch und ist solid fixiert. Ihre passive Beweglichkeit und Atembewegungen sind gering. Die für den Erwachsenen charakteristischen Haustren fehlten in einem großen Teil der Fälle. Bei der Defäkation treten in erster Linie die distalen Kolonpartien in Funktion, das ganze Kolon befindet sich dabei in tonischer Kontraktion. Husler (München).

H. Kleinschmidt, Aplastische (aregeneratorische) hämolytische Anämie im Kindesalter. (Ebenda. 81. H. 1.) Verf. beschreibt 4 Fälle von schnell und unaufhaltsam fortschreitender Anämie. Dauer $^1/_2$—$1^3/_4$ Jahre. Stationärbleiben oder vorübergehende Besserung ist ausgeschlossen, es versagen alle therapeutischen Maßnahmen. Ein markantes Symptom bildet die ausgesprochene hämolytische Diathese. Gemeinsam ist allen Fällen eine leicht gelbliche Hautfarbe. Der Ernährungszustand leidet nicht. Urobilin und Urobilinogen werden im Harn vermißt. Der Blutbefund ist sehr charakteristisch. Bei erheblicher Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins bleiben die Erythrozyten unverändert. Es fehlt also Poikilozytose, Megalozytose, Polychromasie,

Erythroblastose. Der Färbeindex ist gewöhnlich kleiner als 1. Die Zahl der Leukozyten ist regelmäßig herabgesetzt, ihre Beschaffenheit entspricht der Norm. Verf. hält das Leiden für ein selbständiges Krankheitsbild, das mit der A. perniciosa keinesfalls identisch ist. Husler (München).

J. v. Bokay, Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Hydrocephalus internus. (Ebenda. 31. S. 17.) Größe und Verteilung der ventrikularen Wasseransammlung läßt sich mittels des Strasburgerschen Verfahrens der Transparenzprüfung präziser feststellen als bisher. Von außerordentlichem Heilwert für die Fälle von chronischem Hydrocephalus internus, in welchen die Kommunikation zwischen Gehirnventrikeln und Subarachnoidealraum besteht, ist das konsequent durchgeführte Quinckesche Punktionsverfahren. Die Lumbalpunktion soll nicht öfter als in Zwischenräumen von 4—6 Wochen ausgeführt werden, und die abgelassene Flüssigkeitsmenge soll nicht mehr als 50 ccm betragen. Husler (München).

Fr. Prinzing (Ulm), Gegenseitiges Alter der Ehegatten und Kinderzahl. (D. m. W. 1915. Nr. 46.) Verf. schreibt: „Dr. M. Vaerting hat sich kürzlich in der Vossischen Zeitung (12. Oktober, 1. Beilage) dagegen ausgesprochen, daß Eheschließungen von Mädchen unter 16 Jahren dadurch erleichtert werden, daß die Heiratserlaubnis nicht vom Ministerium, sondern vom zuständigen Amtsgericht erteilt wird. Er befürchtet, daß eine Zunahme der Eheschließungen sehr jugendlicher weiblicher Personen den Geburtenrückgang befördern würde.

Das letztere darf nicht unwidersprochen bleiben. Vaerting stützt sich auf die vortrefflichen Untersuchungen des norwegischen, vor einigen Jahren verstorbenen Statistikers Kiaer. Diese Untersuchungen sind sehr schwierig, da die Kinderzahl in einer Familie, abgesehen von sozialen Einflüssen, vom Heiratsalter und von der Ehedauer in hohem Grade abhängig ist und daher eine Trennung des Materials in zahlreiche Unterabteilungen nötig wird. Durch Umfrage hat Kiaer 1894 für 17575 stehende Ehen die Zahl der lebenden und gestorbenen Kinder erhoben und dieses Material nach den verschiedenartigsten Beziehungen in streng wissenschaftlicher Weise bearbeitet. Dabei kommt er zu dem von Vaerting angeführten Schluß, daß bei den Ehen, in denen der Mann 5 Jahre jünger ist als die Frau, die kinderlosen Ehen am wenigsten häufig sind. Für diese Berechnung konnten 17057 Ehen verwendet werden, in 2158 Ehen war der Mann 5 Jahre jünger als die Frau. Dabei erhebt sich aber die Frage, ob hier tatsächlich der Altersunterschied die Ursache der verschiedenen Höhe der Sterilität ist, oder ob hierbei nicht bei den eheschließenden Paaren gewisse Eigenschaften, welche die Sterilität bedingen können, weniger häufig sind, wie z. B. Azoospermie nach überstandenem Tripper beim Mann, mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane bei der Frau.

Unrichtig ist es nun, eine höhere Fruchtbarkeit der Ehen, in denen der Mann jünger ist, deshalb anzunehmen, weil die sterilen Ehen bei ihnen seltener sind. Dies behauptet auch Kiaer nicht

ohne weiteres. Nach seinen im zweiten Band der genannten Veröffentlichung mitgeteilten Ziffern hatten von 100 der beobachteten Ehen mit Kindern

bei einem Altersunterschied des Mannes von

	1 Kind	2—3 Kinder	4—5 Kinder	6 u. mehr Kinder
+ 5 Jahren	11,4	24,6	21,7	42,3
0 „	12,5	24,8	23,2	39,5
— 5 „	13,6	29,5	27,0	29,9

Daraus geht hervor, daß die kinderreichen Ehen viel häufiger sind, wenn der Mann älter ist als die Frau. Wird noch das Heiratsalter der Ehegatten in Betracht gezogen, was bei solchen Untersuchungen gewiß äußerst wünschenswert wäre, so werden durch die häufigen Teilungen die einzelnen Gruppen so klein, daß sie zur Berechnung von Verhältniszahlen nicht mehr geeignet sind. Kiaer nimmt allerdings diese Teilung vor und will dabei auf eine größere Fruchtbarkeit der um 5 Jahre jüngeren Männer kommen, aber bei näherem Zusehen zeigt sich, daß für diese Teilung überhaupt nur 12993 Ehen verwendet werden konnten und daß gerade bei den Ehen mit wenigen Kindern die zu dieser Teilung notwendigen Angaben viel häufiger fehlen als in den Ehen mit 6 und mehr Kindern. Kiaer sagt übrigens selbst, daß es sich frage, ob diese vereinzelten norwegischen Erfahrungen verallgemeinert werden dürfen, da sonstige Beobachtungen fehlen.

Die große Erhebung von Boeckh über die Kinderzahl der Ehen in Berlin im Jahre 1885 bestätigt die allgemein übliche Annahme, daß der größte Kinderreichtum in Familien getroffen wird, in denen der Mann 0—5 Jahre älter ist als die Frau. Auf 100 Ehen mit Kindern kamen Ehen mit

bei einem Altersunterschied des Mannes von

	1 Kind	2—3 Kindern	4—5 Kindern	6 u. mehr Kindern
+ 5—10 Jahren	18,3	34,2	23,1	24,4
+ 0— 5 „	18,0	33,7	22,9	25,4
— 0— 5 „	19,3	33,9	24,0	22,8
— 5—10 „	23,7	36,9	23,5	15,9

Ehen mit 6 und mehr Kindern sind demnach am zahlreichsten, wenn der Mann 0—5 Jahre älter ist als die Frau. Es ist ja schon an sich verständlich, daß in den Ehen, in welchen die Frau jünger ist als der Mann, längere Zeit Kinder zur Welt kommen können, als wenn das Umgekehrte der Fall ist, da die faktische Fruchtbarkeit der Frau mit dem 35. Lebensjahre rasch abnimmt.

Eine Zunahme der Ehen mit sehr jugendlichen Frauen wird demnach den Geburtenrückgang nicht befördern. Eine andere Frage ist es, ob vorzeitige Ehen von 14—16jährigen Mädchen und sehr jungen Männern wünschenswert sind. Die Ansichten über den Einfluß der Geburt solcher jungen Mädchen auf deren Gesundheit und auf die Wertigkeit der Nachkommenschaft gehen sehr auseinander. Es wurde einerseits behauptet, daß der Geburtenverlauf bei Gebärenden im Alter von 14—16 Jahren und die Prognose für die Frucht günstig seien, andererseits wieder, daß sehr junge Frauen

mehr schwächliche Kinder zur Welt bringen und durch die Geburt selbst mehr gefährdet seien. Dies mag dahingestellt sein. So viel ist jedoch sicher, daß die in sehr früher Jugend eine Ehe eingehenden Personen wirtschaftlich und sittlich nicht genügend gewappnet sind, so daß häufig in solchen frühgegründeten Familien die Not einkehrt und dadurch ein frühes Wegsterben der Kinder bedingt wird. Rubin und Westergaard haben in ihren bekannten Untersuchungen über die Ehen auf Grund der sozialen Gliederung der Bevölkerung nachgewiesen, daß in Familien, in denen der Mann sehr früh geheiratet hat, die Sterblichkeit der Kinder bis zum 15. Lebensjahr erheblich höher ist; sie führen dies ebenfalls auf den wirtschaftlichen Druck zurück, der oft auf solchen Ehen lastet.“ Grätzer.

E. Bergman, Über die Gefährdung von Kindern durch tuberkulöse Ansteckung. (Aus der Pädiatrischen Poliklinik der Universität in Upsala.) (Ebenda.) Verf. möchte das Ergebnis seiner Untersuchungen in folgende Punkte zusammenfassen.

1. In der großen Mehrzahl der Fälle von Kindertuberkulose kann eine menschliche Ansteckungsquelle nachgewiesen werden. In Betracht dessen ist die Bedeutung der Milch als Ansteckungsquelle nur gering.

2. Eine Exposition für tuberkulöse Ansteckung während der 7 ersten Lebensjahre, also meistens vor dem schulpflichtigen Alter, ist in vielen Fällen die Veranlassung einer tuberkulösen Erkrankung. Eine tuberkulöse Exposition nach diesen Jahren war aber bei des Verf. Material ohne sichtbare Einwirkung auf die Gesundheit.

3. Eine Exposition für tuberkulöse Ansteckung während der 4 ersten Lebensjahre ist nicht selten die Veranlassung einer tödlich verlaufenden Form der Tuberkulose.

4. Eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern werden der tuberkulösen Ansteckung außerhalb der Familien (oft von lungenschwindsüchtigen Nachbarn) ausgesetzt. Eine derartige extradomiziliare Exposition hat weder eine so große Morbidität noch Mortalität an Tuberkulose wie die intradomiziliare Exposition zur Folge.

5. Wenn beide Eltern lungenschwindsüchtig sind, ist sowohl die Morbidität als die Mortalität an Tuberkulose größer, als wenn nur eins der Eltern lungenschwindsüchtig ist. Ein lungenschwindsüchtiger Vater und eine lungenschwindsüchtige Mutter üben einen ungefähr gleich schädlichen Einfluß auf die Kinder aus.

6. In lungenschwindsüchtigen Familien werden eine größere Anzahl von Kindern geboren als in nicht tuberkulösen Familien. Dieser Umstand ist in den Familien, wo beide Eltern lungenkrank sind, am stärksten ausgeprägt. Da indessen die Mortalität schneller als die Nativität steigt, ist die Anzahl der überlebenden Kinder (1915 lebende) tatsächlich in den tuberkulösen Familien geringer als in den nicht tuberkulösen. Grätzer.

Adolf Bauer, Zur Skrofulosefrage. (Ebenda.) In Nr. 39 dieser Wochenschrift schrieb H. Schelble über „Wesen und Behandlung der Skrofulose“.

Wie die meisten Autoren bespricht er die Skrofulose, als wäre sie eine Art Kinderkrankheit.

Wer wie Verf. die Skrofulose klinisch als Komplex von Symptomen betrachtet, unter denen Halsdrüsenschwellung mit allmählichem Übergang in Verkäsung und Conjunctivitis phlyctaenulosa, die, weil es sich eben nicht um „Phlyktänen", d. h. „Bläschen", handelt, besser ekzematosa (Sattler) genannt wird, die wesentlichsten sind, weiß, daß Skrofulose gar nicht so selten bei Erwachsenen ist, wie das leider vielfach angenommen wird. „Leider" sagt Verf. deshalb, weil eben die Skrofulose Erwachsener klinisch meist falsch aufgefaßt und daher unvollkommen behandelt wird.

Verf. sind schon skrofulöse Erwachsene mit typischer Halsdrüsenverkäsung und Conjunctivitis ekzematosa begegnet, die das 50. (fünfzigste) Lebensjahr bereits überschritten hatten. Natürlich von Lungenuntersuchung keine Spur! —

Kein Geringerer als Marchand hat stets das Vorkommen echter Skrofulose bei Erwachsenen höheren Alters betont.

Verf. hat seinen Standpunkt zu der Skrofulose Erwachsener klinisch selbständig gewonnen und in Brauers Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose dargelegt und verweist darauf. (Brauers Tuberkulosebeiträge 24, H. 1.)

Praktisch ist die Skrofulose Erwachsener außerordentlich wichtig für jeden, der Lungenkranke richtig beurteilen und wirksam behandeln will." Grätzer.

W. Lublinski (Berlin), Gaumenhochstand und adenoide Vegetationen. (B. kl. W. 1916 Nr. 4.) Verf. führt aus: „Es kommen durchaus nicht selten Kinder zur Untersuchung, denen adenoide Vegetationen, selbst die Nase, ausgeräumt wurde, ohne daß eine Besserung in ihrem Befinden eintrat. Noch immer besteht trotzdem Mundatmung mit allen ihren Schäden für Ohr, Mund, Hals und Luftröhre, die geistigen und ethischen Schwierigkeiten blieben unüberwunden. Solche Ergebnisse sind natürlich wenig geeignet, das an sich wohltätig wirkende Heilverfahren zu empfehlen, und tragen bei, es in Verruf zu bringen.

Untersucht man ein solches Kind, so findet sich alsbald die Erklärung für den Mißerfolg. Das Kind hat einen engen, hohen Gaumen. Diese Abweichung erklärt alles. Während beim normal entwickelten Kind die Mundhöhle derart gebildet ist, daß die beiden Zahnfortsätze mittels eines weiten, niedrig gewölbten Gaumendaches zusammenhängen, sind hier die Zahnfortsätze weit stärker entwickelt, eng aneinander gerückt, ragen hoch empor und tragen ein winziges, steiles Gaumendach. Der Querdurchmesser hat sich wesentlich verringert, der Höhendurchmesser hat erheblich zugenommen. Dadurch entsteht ein Übelstand von schwerwiegender Bedeutung. Je höher und steiler das Rachendach, desto enger die Nase; ihr Rauminhalt nimmt ab, da der Nasenboden emporgehoben und die Seitenwände sich näher aneinander schieben. Dazu kommt, daß sich das Gaumensegel infolge des verminderten Querdurchmessers tiefer stellt, schlaff auf den Zungenrücken herabhängt und den Nasenrachen noch

weiter abschließt, so daß der Luftstrom, der in der verengten Nase schon an und für sich auf Hindernisse stößt, noch weitere Schwierigkeiten findet. Die adenoiden Vegetationen treten hinzu, und so greift endlich die Mundatmung mit allen ihren Schädigungen Platz. Selbstverständlich leidet hierbei auch die Blut- und Lymphströmung im Schädel, was auch seine Nachteile hat; Verf. erinnert an die häufigen Kopfschmerzen, die Unaufmerksamkeit, die Vergeßlichkeit, die Störungen der Einsicht, den unruhigen Schlaf und anderes mehr. Es sind dieselben Störungen, wie sie bei den adenoiden Vegetationen, wenn sie allein bestehen, auch vorkommen; der Unterschied ist nur der, daß ohne Gaumenhochstand diese nach deren Entfernung verschwinden, bei Gaumenhochstand aber nicht.

Wir sehen also, daß diese Mißbildung schädlich für die Entwicklung des Kindes ist, und es fehlt in der Literatur auch nicht an Hinweisen. Dabei ist auch ihre Entstehung gestreift worden. Im allgemeinen herrscht die Annahme, daß sich der Gaumenhochstand erst nach und nach im frühen Lebensalter entwickelt. Das ist im allgemeinen richtig, wenn auch nicht den Tatsachen ganz entsprechend. Es ist kaum möglich, daß die Wangenmuskulatur, wie angenommen wird, durch das stete Offenstehen des Mundes eine solche Spannung erlange, um die Kiefer zusammen und den Gaumen nach oben zu drücken. Dem widerspricht die Tatsache, daß solche Kinder niemals eine stark entwickelte Wangenmuskulatur aufweisen, eher das Gegenteil. Viel wichtiger ist für die Erklärung der von R. Landsberger geführte Nachweis, daß der hohe Gaumen schon beim Embryo in seiner Anlage vorhanden ist und seinen Grund in einer anormalen Lage des Zahnkeims hat. Durch dessen Tieflage wird der Zahnfortsatz des Oberkiefers verlängert; demnach wäre der hohe Gaumen eigentlich nur vorgetäuscht. Auf jeden Fall wird durch diese Abweichung das bis zum 7. Lebensjahr erfolgende allmähliche Tiefertreten der unteren Nasenmuschel und des Nasenbodens verhindert. So ist das Atmungshindernis in der Nase zu erklären; durch die adenoiden Vegetationen wird es lediglich verstärkt.

Diesem Übelstand, der noch dadurch zunimmt, daß die anormal gelagerten Zahnkeime beim Wachsen nicht nach außen streben und dadurch im Gegensatz zu den richtig gelagerten die Entwicklung des Gesichts und des Naseninnern in die Breite hemmen, verdankt der schmale Schädel und die enge Nase ihre Entstehnng (R. Landsberger). Wenn das auch früher nicht in dem Umfang erkannt war wie heute, weil der Zusammenhang noch nicht genau erfaßt wurde, so kam man doch über den einzuschlagenden Weg zur Beseitigung dieses Übelstandes schon vor 30 Jahren ins klare. Er bestand in der kieferorthopädischen Dehnung des Gaumens und der Nase durch einen nach außen gerichteten stetigen gleichmäßigen Druck vom Munde aus. Eysell wies zuerst auf die Möglichkeit hin, vom Munde aus das Naseninnere zu weiten; einige Jahre später führte Schroeder-Benseler diese Aufgabe technisch einwandfrei durch. Infolge der Weitung verlieren sich nach und nach die Beschwerden; die Nasenatmung stellt sich allmählich wieder ein, das Gaumensegel verliert seine Schlotterbewegung und seinen Tiefstand, die Sprache bessert

sich, der Breitendurchmesser des Schädels und des Naseninnern nimmt zu, die Kinder fangen wieder an, sich günstig zu entwickeln.

Die Behandlung besteht darin, daß nach Beseitigung der Vegetationen eine kleine federnde Spange um die Zähne gelegt wird, die von den Kleinen kaum als Belästigung empfunden wird. Bei älteren Kindern ist ein Schraubapparat nötig, der, am Oberkiefer angebracht, die Aufgabe hat, die Sutura palatina allmählich, aber nur so weit zu dehnen, daß die gegenseitige Berührung der Kieferränder an ihr nicht unterbrochen wird. Auf diese Weise gelingt es, die Knochenbildung an den Rändern so weit zu fördern, daß der harte Gaumen breiter wird. Natürlich hängt der Erfolg einmal von der Dauer der Behandlung, die etwa 1—2 Jahre erfordert, andererseits von der Wachstumsenergie des Knochens ab. Im allgemeinen kann man bis zum 16. Jahr auf einen solchen rechnen. Die individuelle Breite ist aber nicht gering, so daß auch im späteren Alter ein Versuch sich rechtfertigt.

Zum Schluß möchte Verf. noch bemerken, daß hier in Berlin noch vielfach das unausrottbare Vorurteil besteht, die Kieferdehnung wäre eine amerikanische Erfindung, in deren Anwendung die amerikanischen Zahnärzte ein besonderes Können entwickeln. Wenn wir auch Amerika technisch manches verdanken, so ist daran festzuhalten, daß die Kieferdehnung in Deutschland ersonnen und von deutschen Zahnärzten zuerst ausgeführt und dann ständig gepflegt wurde.“ Grätzer.

Ernst Schloss, Über Rachitis. Der Schädel des Neugeborenen und die Frage der angeborenen Rachitis bzw. der rachitischen Disposition. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Ebenda. 1916 Nr. 5.) Auf Grund des vorliegenden — noch recht lückenhaften — Materials kann man zu folgenden Vorstellungen über die Beziehungen der Säuglingsrachitis zu intrauterinen Vorgängen bzw. Zuständen kommen. Ein großer Teil, je nach der Strenge der Auffassung 20—80 %, aller Neugeborenen des Beobachtungsmaterials bringt ein nicht ganz vollentwickeltes Skelett zur Welt mit. Dieser hypoplastische Zustand des Skeletts, wie wir diesen Zustand jetzt auch auf die Autorität v. Recklinghausens hin benennen dürfen, ist anatomisch und klinisch charakterisiert durch ein Zurückbleiben oder Rückgang der Verknöcherung besonders an dem schnell wachsenden Schädel und chemisch durch eine zumindest lokale, wahrscheinlich aber allgemein zu geringe Mitgift an knochenbildenden Salzen.

Wodurch dieser hypoplastische Zustand bedingt ist — ob durch vererbte domestizierende Einflüsse auf die ganze Rasse, ob durch jeweilig erneuerte schädliche Einflüsse auf die Mutter (unzweckmäßige Ernährung oder dergleichen), oder ob es direkt übertragene spezifische Krankheitsanlage oder Krankheit ist — steht vorläufig noch zur Diskussion.

Dieser angeborene hypoplastische Zustand des Skeletts ist wohl in der Regel noch nicht rachitisch, bildet aber wahrscheinlich eine gute Grundlage, auf der der rachitisch-malazische Prozeß des Säug-

lingsalters sich ausbildet. Zum mindesten ist er eine Ursache, warum sich die Rachitis so früh manifestieren kann, warum also der Mangel der Kalkanlagerung oder auch der vermehrte Knochenabbau so früh schon klinisch in Erscheinung tritt. Insofern läßt er sich gewissermaßen als ein Substrat bzw. als eine Äußerung der sog. rachitischen Disposition, Konstitution oder Diathese auffassen.

Inwieweit daneben noch besondere vererbte oder intrauterin erworbene Rachitisanlagen bestehen, die in einzelnen Fällen diese geschilderten rein quantitativen Grundlagen an Bedeutung weit überragen mögen, muß dahingestellt bleiben.

Ebenso bedarf es auch keiner weiteren Erörterung, daß bei großer Intensität der extrauterinen Rachitisursachen auch bei fehlender oder geringer Disposition ein schwerer malazischer Prozeß sich ausbilden kann. Grätzer.

H. Curschmann, Akute gelbe Leberatrophie (nach Unfall?). (Aus der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses zu Mainz.) (M. m. W. 1915 Nr. 52.) Ein bisher völlig gesundes, kräftiges zweijähriges Kind, anscheinend ohne luetische Heredität, das keine Infektion irgendeiner Art vorher erlitten haben soll, keine Verdauungsstörungen hatte, sicher keiner Vergiftung mit Phosphor oder Arsen ausgesetzt war, erleidet zweimal an einem Tag einen Unfall derart, daß es mit einem Stuhl umfällt, dessen Lehne sich beim Fallen in seinen Bauch drückt. Der Unfall bzw. die Gewalteinwirkung war so heftig, daß oberflächliche Hautabschürfung und Suggilation in einer der Form der Stuhllehne entsprechenden Art sichtbar wurden und bis zum Tode blieben. Etwa 3 Tage nach dem Unfall soll leichteste Gelbsucht, 5 Tage nach ihm Erbrechen und am 7. Tage schwere allgemeine Krankheitssymptome (Ikterus, Koma, allgemeine Unruhe, hohes Fieber usw.) aufgetreten sein.

Die klinische Diagnose der akuten gelben Leberatrophie wurde durch den am 10. Tage post trauma, etwa dem 6. Tage der Krankheit erfolgenden raschen Tod und die Obduktion makroskopisch und mikroskopisch bestätigt.

Der Fall interessiert zuerst in ätiologischer Hinsicht. Es galt vor allem, die Frage zu beantworten (die von der anscheinend gut beobachtenden Mutter unbedingt bejaht wurde): Ist der Unfall der Bauchgegend tatsächlich die Ursache der 10 Tage nach dem Trauma tödlich endigenden akuten Leberatrophie?

Im vorliegenden Fall war das Bauchtrauma ohne Zweifel schwer, wie aus den Narben der Abschürfungen und dem örtlichen Bluterguß hervorging; zudem wiederholte sich derselbe örtliche Stoß zweimal an einem Tage. Das Trauma war derart, daß man sich nicht allzu sehr gewundert hätte, es von einer Ruptur der Leber oder auch der Milz gefolgt zu sehen. Verf. hatte wenigstens schon durch anscheinend nicht schwerere Traumen derartige Zerreißungen entstehen sehen.

Eine Ruptur entstand aber nicht (wie die Sektion bestätigte), dafür muß aber die Erschütterung des Bauches und auch der Leber recht erheblich gewesen sein.

Der Zeitraum von 3 Tagen zwischen dem Unfall und den allerersten Symptomen der Lebererkrankung erscheint vielleicht als etwas



zu kurz, um eine ernstliche ätiologische Rolle des Unfalls wahrscheinlich machen zu können. Wenn wir aber daran festhalten, in dem Unfall eben nur einen Faktor der Ätiologie zu sehen, entfällt dies Bedenken, zumal wir über die „Inkubationsdauer" einer Noxe bis zur Erzeugung der akuten Leberatrophie (abgesehen vom Phosphor) absolut nichts wissen.

Im vorliegenden Fall erwiesen nicht nur Anamnese und Verlauf (die erstere kann natürlich trügen), daß es sich um einen ganz frischen, akutesten Fall handelte, sondern auch der Obduktionsbefund sprach in diesem Sinne: es fanden sich bei dem typischen und schwersten nekrotischen Zerfall der Leberzellen nirgends die Anzeichen regenerativer Vorgänge in Gestalt neugebildeter Gallengangsepithelien, wie sie in anderen Fällen beschrieben wurden. Der Prozeß verlief eben anscheinend tatsächlich so rapid und ohne Vorstadium, wie die Krankengeschichte erkennen läßt, so daß dem erkrankten Organ gar keine Zeit blieb, durch regenerative Prozesse auf die Erkrankung zu reagieren.

Dadurch, daß der Obduktionsbefund die Annahme der klinischen Beobachtung bestätigte, daß es sich in der Tat um einen ganz rasch verlaufenen Krankheitsprozeß handelte, vermindert sich das Bedenken, das man gegen den so kurzen Termin zwischen dem ätiologisch angeschuldigten Unfall und dem Eintritt und tödlichen Verlauf des Leidens in 6—7 Tagen hegen mußte.

Welches nun der andere, zur akuten gelben Atrophie disponierende Faktor war, der wahrscheinlich, wenn auch völlig unmerklich, die Erkrankung vorbereitet haben muß, ist weder durch die Anamnese und klinische Beobachtung, noch durch die Obduktion klar geworden. Keine einzige Infektion oder Intoxikation war vorausgegangen. Wenn auch die Wa.-R. aus dem Blut der Leiche nicht mehr gemacht werden konnte, so lag doch weder nach der Untersuchung und Obduktion des Kindes, noch nach dem Resultat der Befragung und auch Untersuchung der Mutter irgendein Verdacht für eine Lues congenita oder acquisita vor. Aber selbst wenn eine latente ererbte Lues vorgelegen haben sollte, würde Verf. es für sehr möglich halten, daß dieser eben die Rolle des sehr wichtigen disponierenden (oder auch vom Trauma zu sensibilisierenden) Faktors zugekommen war, während der Unfall den Krankheitsprozeß seinerseits aktivierte.

In der älteren Literatur findet sich kein Wort über die traumatische Entstehung der akuten gelben Leberatrophie. Erst in der neuen Auflage der Sternschen Monographie findet Verf. als einzige Publikation Beobachtungen von Ascarelli erwähnt, der in zwei Fällen die Erkrankung mit vorausgegangenen Traumen ätiologisch in Zusammenhang bringt. Das Trauma habe die Infektion begünstigt. Der Ausdruck Begünstigung der Infektion läßt aber auch darauf schließen, daß Ascarelli, ebenso wie Verf., das Trauma nicht als einzige, sondern als eine Teilursache ansieht.

Der Umstand, daß nun 3 Fälle existieren, in denen eine akute gelbe Leberatrophie nach einem Unfall beobachtet wurde, fordert jedenfalls von jetzt ab die Beachtung der Unfallpathologen; vielleicht

wird man, wenn man mehr auf Traumen in der Anamnese der Erkrankung achtet, diese auch häufiger finden, als dies bisher geschehen ist. Grätzer.

G. Klemperer, Providoform bei Diphtheriebazillenträgern. (Aus dem Städt. Krankenhaus Moabit in Berlin.) (Ther. d. Gegenw., Januar 1916.) Zur Anwendung gelangte ausschließlich die Pinselung mit unverdünnter 5%iger Tinktur des Providoforms; die am Schluß der 3. bis 4. Krankheitswoche noch nicht bazillenfreien Patienten wurden 4—8 Tage lang täglich einmal damit gepinselt. Eine sehr große Anzahl wurde dadurch verhältnismäßig schnell bazillenfrei. Freilich blieb auch eine Anzahl von Fällen unbeeinflußt. Jedenfalls ist Providoform ebenso wirksam wie Jodtinktur. Grätzer.

Stepp (Nürnberg), Über die Grippe. (M. Kl. 1915 Nr. 49.) Langstein hat in letzter Zeit in einer Monographie „Die Grippe im Kindesalter“ eine eingehende Schilderung gegeben, welche sich mit dieser Erkrankung vornehmlich im Säuglingsalter und in den ersten zwei Lebensjahren beschäftigt, aber diese in dem späteren Kindesalter, weil gleich mit der Grippe der Erwachsenen, unberücksichtigt läßt.

Über den bakteriologischen Befund berichtet Langstein, daß das Ergebnis der außerordentlich mühseligen Untersuchungen für die Diagnose der Grippe nicht zu verwerten ist, da es sich immer um Mischinfektionen handelt, welche eine „akute Allgemeinerkrankung“ zur Folge haben. Diese Erkrankung besteht darin, daß ein infektiöser Katarrh des Nasenrachenraums und des Bronchialtraktus das Krankheitsbild kennzeichnet.

Die Erkrankung beginnt fast in der Regel mit einer Koryza und mit Hals- und Schluckbeschwerden. Der Rachen und die Gaumenbögen sind gerötet und die Schleimhaut ist gelockert und etwas geschwollen, eine Angina im wahren Sinne des Wortes besteht aber nicht. Nun macht sich Hustenreiz geltend, der nicht sowohl vom Rachen, als auch von der nun beginnenden Tracheitis (bzw. Laryngokatarrh) ausgelöst wird. Das herausbeförderte Sekret ist glasigschleimig, zäh, wandelt sich aber bald um in sehr reichliche, eitrige, münzförmige Sputa, welche in Wasser nicht zu Boden sinken und an die Wand des Napfes zäh sich ankleben. Die Atmung wird nun, besonders bei geringer Anstrengung, erschwert durch das Fortschreiten des Katarrhs auf die Bronchialverzweigungen größerer und kleinerer Ordnung. Die Untersuchung ergibt ziehende Rasselgeräusche aller Arten, und der Husten raubt die Nachtruhe. Oft läßt sich eine schwache Dämpfung durch zirkumskripte Pneumonie oder durch atelektatische Stellen — auf der Liegeseite —, öfter auch ein mäßiger, pleuritischer Erguß nachweisen. Diese Brusterscheinungen dauern 2—3 Wochen an, mildern sich allmählich, die erwähnten Komplikationen gehen zurück, der Auswurf läßt nach und wandelt sich um in katarrhalisches Sputum, aber der nasopharyngeale Zustand bleibt bestehen, schwankt aber in der Intensität, einmal weniger, dann wieder mehr, und erstreckt sich bei häufigem Niesen oft bis weit über die Rekonvaleszenz hinaus. Bemerkenswert erscheint die lang-

bestehende Benommenheit des Kopfes und der Stirnkopfschmerz, höchstwahrscheinlich durch seröse Meningealreizung bzw. durch Stirnhöhlenkatarrh bedingt. Die Temperaturen sind zumeist nicht hoch, 37,8 bis 38,3, bei Komplikationen aber auch höher, bis 39,0. Der Puls ist ruhig, normal, nur hin und wieder beschleunigt. Zweimal hat Verf. perikardiales Reiben und systolisches Geräusch an der Mitralis beobachtet; auch hier blieben die Temperaturen um 38,2 bis 38,5, bei wochenlanger Dauer. Hier war die Herztätigkeit beschleunigt, 84 bis 88 Pulse.

Der Appetit läßt in den meisten Fällen nichts zu wünschen übrig. Aber gleichwohl ist die Abmagerung oft beträchtlich, und eine Hinfälligkeit nach Verlassen des Bettes macht sich längere Zeit geltend.

Bei einem 10jährigen Mädchen, welches eine pneumonische Infiltration rechts unten bekam, waren die nasopharyngealen Erscheinungen so hochgradig, daß keuchhustenähnliche Zustände mit Erstickungsanfällen auftraten. Oft sind auch Familienangehörige mehr oder weniger katarrhalisch in Mitleidenschaft gezogen. Auch ein scheinbar leichter, einfacher Katarrh kann auf grippaler Grundlage beruhen, und eine gewisse Müdigkeit weist auf diese Grundlage hin. In einem Falle trat, ohne daß ein Diätfehler nachweisbar war, während des Verlaufs ein Durchfall mit aashaftem Geruch auf, der mehrere Tage anhielt.

Aus Verf.s wenn auch nicht gerade reichlichen Beobachtungen geht nun hervor, daß mannigfache Komplikationen verschiedene Organe befallen können, und Verf. glaubt, daß scheinbar genuine Erkrankungen einer latenten oder nicht beachteten Grippe ihre Entstehung verdanken.

Wenn nun auch die Differentialdiagnose zwischen der vereinzelt noch auftretenden Influenza und der Grippe noch Schwierigkeiten machen kann, so gibt sehr oft eine Gabe Salipyrin Aufschluß. Im Beginn gegeben, tritt bei der ersteren meist sofortige Besserung ein, während bei der Grippe der Erfolg ausbleibt. Auch bei Unklarheit mancher Erkrankungen darf man die Grippe nicht außer acht lassen und die fortgesetzte Beobachtung niedriger Temperaturen, 37,8 bis 38,0, für längere Zeit weist bei negativem Befund auf Grippe hin.

Die Prognose ist bei Erwachsenen und bei älteren Kindern fast durchweg günstig. Die Behandlung hat sich nach den einzelnen Erscheinungen zu richten. Lösende Mittel, Inhalationsapparat kommen in Frage. Chinin, bei Kindern Euchinin, bewähren sich im ganzen recht gut. Grätzer.

Ernst Mayerhofer, Ein Fall von Paratyphus B im Säuglingsalter. (Aus der internen Kinderabteilung des k. k. Wilhelminenspitals in Wien.) (Ebenda. 1915 Nr. 51.)

Anamnese: Ein $5^1/_2$ Monate altes Kind; bis zum 14. Lebenstage von der Mutter gestillt, dann künstlich genährt mit Kuhmilch verschiedener Herkunft; es lebte seit seiner Geburt in einem tuberkulösen Milieu und befindet sich erst seit einigen Wochen in Kostpflege bei einer angeblich gesunden Familie; seit einem Monate besteht ein Bronchialkatarrh, seit 14 Tagen Ekzem, seit 8 Tagen Diarrhoe. Wegen des Darmkatarrhs und der auffallend starken Abmagerung Aufnahme ins Spital. Weder in der Familie des Kindes noch in der der Kostfrau konnte anamnestisch eine Magendarmerkrankung festgestellt weiden.

Status praesens (am 9. und 10. Krankheitstage): Sehr kleines, elendes Kind; Körpergewicht = 3400 g; starke Furunkulosis und Ekzem, Rachitis des ganzen Skeletts, Hydrozephalus (Schädelumfang = 40 cm); leichte Nackensteifigkeit, Rhinitis, Bronchitis. Pirquet-Reaktion zweifelhaft, bei der starken Kachexie des Kindes nicht als negativ verwertbar. — Das Abdomen ist weich, wenig vorgewölbt; Milz absolut klein; Leber nicht vergrößert. Nach Rizinusöl und kurzer Teediät erhält das Kind für die nächsten 24 Stunden 10 × 20 g Finkelsteinsche Eiweißmilch mit 3% Nährzucker. Der Stuhl nach Eiweißmilch alkalisch, bleibt jedoch schleimig-flüssig; Fieber um 38°; die Prognose des Falles scheint ungünstig.

Dekursus: Am 5. Tage der Spitalsbeobachtung, am 13. Tage der Erkrankung, wurden zum erstenmal mehrere blutig-eitrige Stühle entleert, ebenso noch am folgenden Tage. Zugleich stieg das Fieber über 39° und hielt sich bis zum 23. Krankheitstag auf dieser Höhe. Das Abdomen bleibt meteoristisch aufgetrieben; Milz weder perkutorisch noch palpatorisch vergrößert; Zunge feucht, glatt, ohne Belag; Puls sehr klein, um 138—140; außer der Furunkulosis besteht noch ein Pemphigus. Die Schwere der Erkrankung hat entschieden zugenommen; anscheinend liegt eine bakterielle Ätiologie vor. Die deshalb am 14. Krankheitstage vorgenommene bakteriologische Untersuchung des blutig-eitrigen Stuhles ergab Paratyphus B. Die Agglutination des Serums war am 19. Krankheitstage noch negativ, wurde jedoch am 29. Krankheitstage für Paratyphus schwach positiv; die zu denselben Zeiten angestellte Gruber-Widalsche Reaktion war immer negativ.

Inzwischen verschlimmerte sich trotz Ammenmilchernährung der Allgemeinzustand; die Pyodermie und der Pemphigus nahmen zu. Im Abszeßeiter wurde Staphylococcus aureus nachgewiesen; in den Galleröhrchenkulturen aus dem Blute weder am 25. noch am 27. Krankheitstage Paratyphuserreger nachweisbar. Der Darmkatarrh nimmt einen bösartigen Verlauf; das Körpergewicht sank innerhalb der 22 Tage Spitalsbeobachtung von 3400 auf 2500 g; in dieser kurzen Zeit verlor also der Säugling 26,5% seines ohnehin geringen Gewichts. Die Zahl der täglichen Stühle betrug 3—5; der einzelne Stuhl war während der Frauenmilchdarreichung sauer, roch typisch wie ein Bruststuhl; Blut wurde im Stuhle makroskopisch niemals mehr gefunden, doch stets Schleim; die Farbe war weißlich bis resedagrün. Niemals war die Milz vergrößert; kein Erbrechen; niemals Roseolen; unter vollkommener Inanition trat am 31. Krankheitstage der Tod ein; ganz besonders soll noch einmal der bösartige Verlauf dieser Darmkrankheit hervorgehoben werden, die nicht im geringsten Maße weder auf Eiweißmilch noch auf Frauenmilch reagierte.

Obduktionsbefund: „Paratyphus. Enteritis des Dünn- und Dickdarms. Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Konglomerattuberkel des linken Oberlappens. Ödem des Gehirns.

Schleimhaut des Ileums leicht geschwollen, gerötet; Schleimhaut des Dickdarms stärker geschwollen, gerötet, mit punktförmigen Blutungen. Schwellung der Follikel des Dickdarms mit oberflächlicher Exfoliation. Die Veränderungen nehmen im Dickdarm gegen das anale Ende an Intensität zu.“

Bakteriologischer Befund: „Aus den zur Untersuchung übersendeten Stühlen wuchsen in großer Menge Kolonien von Bacterium Paratyphi B. Im Blute waren (während des Lebens) keine Keime nachweisbar. Das Serum agglutinierte Paratyphusbazillen schwach.

Die kulturelle Untersuchung des Leichenmaterials ergab:

Dünndarminhalt	Bacterium coli,
Dickdarminhalt	Bacterium Paratyphi B,
Galle	Staphylokokken,
Harn	Bacterium Paratyphi B,
Blut	Bacterium Paratyphi B,
Milz	Bacterium Paratyphi B.“

Es handelte sich also um einen während des Lebens diagnostizierten und bakteriologisch sichergestellten Fall von Paratyphus B bei einem $5^1/_2$ Monate alten, künstlich ernährten Säugling. Die Erkrankung verlief unter dem Bilde einer schweren, akuten Magendarmerkrankung mit anfänglich blutig-eitrigen Stühlen, die im ersten

Augenblicke an Dysenterie denken ließen. Ungewöhnlich war der therapeutisch absolut durch nichts zu beeinflussende bösartige Verlauf der Erkrankung, die in einem Monate unter vollkommener Inanition zum Exitus führte; der Verlust des Körpergewichts betrug in 3 Wochen 26,5 %; auffallend war der Mangel von Erbrechen und die stets klein gebliebene Milz, die auch bei der Sektion sich als klein erwies. Grätzer.

A. Mayer, Über die intrakraniellen Blutungen des Neugeborenen infolge der Geburt. (Zbl. f. Gynäk. 1915 Nr. 46.) (Schluß aus Nr. 3.) Das Zustandekommen einer sehr hochgradigen Knochenverschiebung, wie man sie zur Gefäßzerreißung erwarten sollte, kann man sich bei glatten Spontangeburten nur schwer erklären. Vielleicht spielt die Plötzlichkeit einer an sich geringgradigeren Knochenverschiebung eine gewisse Rolle, wenigstens fiel Verf. und anderen Untersuchern die Plötzlichkeit, mit der der Kopf, sogar ohne Bildung einer Kopfgeschwulst, den Beckenkanal überwand und austrat, öfters sehr auf. Abels bringt dieses Ereignis in eine gewisse Analogie mit den Blutungen bei Caissonarbeitern, bei denen infolge der starken Druckverminderung nach plötzlichem Ausschleusen Blutungen auftreten.

Eine gewisse Bedeutung mag auch der mangelhaften Eröffnung des Muttermundes bei vorzeitigem Blasensprung, die sich ebenfalls öfters findet, zukommen. Am Widerstand des mangelhaft eröffneten Muttermundes, den nach vorzeitigem Blasensprung der Kopf zu brechen hat, kann es zu stärkeren Verschiebungen der Kopfknochen kommen, namentlich dann, wenn der Durchtritt des Kopfes plötzlich erfolgt.

Schließlich kann die Kombination von vorzeitigem Blasensprung und engem Muttermund wegen der starken Druckunterschiede oberhalb und unterhalb vom Muttermund zu einer sehr starken Zirkulationsstörung mit strotzender Überfüllung des Venensystems führen. Damit kommt Verf. auf einen weiteren ätiologisch wichtigen Punkt, die Hyperämie und die Stauung infolge des Geborenwerdens. Der allgemein bekannte Ausdruck dafür ist die Kopfgeschwulst. Bei genauerem Zusehen läßt sich aber auch an den inneren Organen, vor allem an Milz, Niere und Leber, eine solche Stauung nachweisen. Verf. selbst fiel als Nebenbefund einmal Blutung in den Darm und in den Uterus auf.

Die Ursache dieser Stauung am Kopf liegt gewöhnlich in den erwähnten physiologischen Druckunterschieden ober- und unterhalb des Muttermundes, also in mechanischen Momenten des Geborenwerdens selbst.

Zuweilen können auch die verschiedenen, an dem obigen Material zutage getretenen pathologischen Zustände, wie Nabelschnurumschlingung, Kompression der Venen durch eine Struma oder eine große Thymus oder Herzfehler eine Stauung verursachen.

In anderen Fällen führt eine unter der Geburt aus irgendeinem Grunde entstandene Asphyxie durch Schädigung der Herztätigkeit und Störung der Zirkulation ebenfalls zu Stauung.

Die wichtige Rolle der Asphyxie ergibt sich daraus, daß Seitz unter 13 Beobachtungen von intrakraniellen Blutungen 11 asphyktische Kinder hatte, und zwar 5 im ersten Grad und 6 im zweiten Grad der Asphyxie. Er betrachtet darum die Asphyxie als das wichtigste prädisponierende Moment für die Genese der intrameningealen Blutung.

Wie immer auch die Stauung verursacht sei, starke Stauung zusammen mit Zerrung der Blutsinus infolge von Knochenverschiebung des Schädels können zu Zerreißung der Gefäßwände und zur Blutung genügen.

Ob aber Stauung allein oder Asphyxie allein, wie manche glauben, das tun, ist eine Frage für sich.

Verf. glaubt, bei der Erklärung von Blutungen darf man die Schultzeschen Schwingungen nicht außer acht lassen, auch wenn sie in „korrekter Weise vom Arzt ausgeführt“ wurden. Deswegen scheint Verf. durch diese Beobachtung die Entstehung von starken Blutungen durch Asphyxie allein zum mindesten nicht bewiesen, wenn schon die Stauungsblutungen beim Erwachsenen nach schwerer Thoraxkompression ein Analogon dazu abgeben könnten. Auch das Haematoma vulvae, das sich zuweilen ohne nachweisbare Ursache rasch entwickelt, könnte dafür sprechen, daß eine strotzende Gefäßfüllung allein zum Platzen genügt.

Bedenkt man, daß die schwersten Gewalteinwirkungen auf den kindlichen Schädel (Zange, Extraktion) in der Regel ohne Hirnblutung ablaufen, daß andererseits nach ganz glatten Spontangeburten, ja nach Kaiserschnitt ohne jede Dislokation der Schädelknochen, intrakranielle Blutungen auftreten, dann muß man auch an im Kinde liegende, zu Zerreißung prädisponierende Momente denken.

Harte und große kindliche Schädel, bei denen die Knochenverschiebung besonders hochgradig und besonders gewaltsam vor sich gehen muß, sollten eine besondere Rolle spielen. Bei Schädelknochen, die bis zu ihren Rändern fest und starr sind, ist nach Kundrat die Gefahr der Sinus- und Gefäßzerreißung besonders groß, während es bei Knochen mit weichen Randpartien weniger zu einer Zerreißung als zu einer Kompression des Gehirns kommt. Außerdem muß die Interstitialmembran eine gewisse Breite haben, damit jene Knochenverschiebung in gefährlichen Grenzen möglich ist.

Wenn auch bei harten Schädeln der Widerstand im Geburtskanal besonders groß ist, so schützt doch auch bis zu gewissem Grade der harte Schädel eben der Härte wegen seinen Inhalt vor Zerrungen und Zerreißungen, wenigstens unter normalen Umständen. Wirkt allerdings zur Überwindung des Widerstandes eine besonders große Kraft ein, dann freilich kann es leicht zu Zerreißungen kommen, es summieren sich dann großer Widerstand, mangelhafte Anpassungsfähigkeit des Kopfes an den Geburtskanal, gewaltsame Überwindung der Schwierigkeiten mit abnorm großer Kraft.

Indes ist allen Untersuchern, auch den Kinderärzten (Finkelstein) aufgefallen, daß sich unter den Hirnblutungen nicht selten gerade auch kleine weiche Köpfe finden, so daß auch sie eine gewisse Disposition zur Zerreißung in sich tragen. Diese Disposition

kann darin liegen, daß es wegen der Weichheit des Schädels schon früh zu gefährlichen Graden der Knochenverschiebung kommt, aber auch darin, daß es sich um frühgeborene Kinder handelt mit großer Zerreißlichkeit der Gewebe. Eine solche Gewebezerreißlichkeit mag da die Hauptrolle spielen, wo es bei Aborteiern der ersten 4—5 Monate zur Tentoriumzerreißung kam. Bei der um diese Zeit noch großen Weichheit des Schädels genügt sicher schon der Durchtritt durch einen mangelhaft eröffneten Muttermund zu gefährlichen Gewebezerrungen.

Eine große Rolle spielt wahrscheinlich die Lues, die zu abnormer Brüchigkeit der Gefäßwand führen kann. Mrazek hat bei 132 Sektionen hereditär syphilitischer Säuglinge in einem Siebentel der Fälle multiple, schwere und in einem Drittel leichte Blutungen gefunden, so daß er geradezu von einer Syphilis haemorrhagica neonat. spricht. Diese Bezeichnung hält freilich Fischl nicht für berechtigt.

Wie weit andere Erkrankungen der Mutter, vor allem Arteriosklerose, Nebennierenerkrankungen, Schrumpfniere, chronische Bleivergiftung, Alkoholismus, Lebererkrankungen, akute Infektionskrankheiten, wie Typhus usw., zu einer abnormen Brüchigkeit der kindlichen Gefäße und zu Blutungen führen können, ist noch gar nicht untersucht. Diese Frage scheint aber einer genaueren Beachtung sehr wert.

Da manche Lebererkrankungen mit Blutungen unter der Geburt in Beziehung zu stehen scheinen, will Verf. nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß die eine seiner Mütter neben einer Schrumpfniere ein inoperables Gallenblasenkarzinom hatte. Pott berichtet über Ikterus der Mutter.

Auffallend oft findet sich in dem vorliegenden Material Eklampsie. Wenn man auch in erster Linie als Ursache der Zerreißungen und Blutungen an die wegen der Eklampsie vorgenommene operative Entbindung denken muß, so kann doch auch die Eklampsie an sich eine ätiologische Rolle spielen.

Endlich wäre zu erörtern, ob eine einfache Blutdrucksteigerung eine Gefäßzerreißung und Blutung verursachen kann. Vom mütterlichen Gefäßsystem ist bekannt, daß die mit der Geburt verbundene Blutdrucksteigerung zu Gefäßzerreißungen (Arteriosklerose, Aneurysmen) führen kann. Ob aber eine Steigerung des mütterlichen Blutdruckes sich auf das Kind fortsetzt, ist gänzlich unbekannt. Immerhin will Verf. nicht unerwähnt lassen, daß mehrfach, auch in seinen Fällen, Hypophysin gegeben wurde, das neben der Erregung von Wehen zu Blutdrucksteigerung führen kann.

Die Bedeutung intrakranieller Blutungen liegt auf forensischem und klinischem Gebiet und ist nicht klein.

Das Auftreten ausgedehnter intrakranieller Blutungen selbst nach glatten Spontangeburten sagt uns in foro, daß eine solche Blutung keineswegs als zuverlässiger Zeuge einer vorausgegangenen, unsachgemäßen Gewalteinwirkung angesehen werden darf und darum für sich allein nie den Beweis eines schuldhaften Fehlers des Arztes oder eines Verbrechens abgeben kann.

Nicht geringer ist die klinische Bedeutung. Ein großer Teil der Kinder kommt tot oder so tief asphyktisch zur Welt, daß sie nicht wiederbelebt werden können. Unter 13 Fällen von subduralen Konvexitätsblutungen hatte Seitz nur 2 lebensfrische Kinder; 5 waren schwer und 6 leicht asphyktisch; keines blieb dauernd am Leben.

Kommen die Kinder lebendig zur Welt, so können sie unbeschadet fortleben, eine Möglichkeit, die schon Cruveilhier für wahrscheinlich ansah. Gerade wegen der Erweiterungsfähigkeit des kindlichen Schädels brauchen auch starke Blutungen nicht immer zu einem tödlichen Hirndruck zu führen. Der Bluterguß kann im weiteren Verlauf resorbiert werden und der Riß ausheilen, wovon sich Beneke bei Tentoriumzerreißungen anatomisch überzeugen konnte. Anscheinend war auch in einem von Verf.s eigenen Fällen die primäre Gefahr der Blutung überwunden; die Ursache des nach 4 Wochen erfolgenden Todes scheint in einer Pneumonie gelegen zu haben.

Ist die primäre Attacke überwunden, dann wird nach Bednar öfter „das Gehirnleben des Kindes nicht gestört, ebensowenig seine Gesundheit im ganzen getrübt". Seitz sah 5 Fälle von intrakranieller Blutung oder mechanischer Gehirnschädigung in Heilung ausgehen. An den zum Teil bis zu einem Jahre beobachteten Kindern fielen keine Defekte irgendwelcher Art auf. Das braucht einen nicht allzu sehr zu wundern, wenn man bedenkt, wie enorm die Schädelverschiebung auch sonst nach ganz physiologischen Geburten oft sein kann, ohne den geringsten Schaden für das Kind.

In den meisten Fällen aber stellt die Blutung eine schwere Schädigung dar, der sehr viele auch der lebend geborenen Kinder früher oder später erliegen.

Die vom Verf. selbst beobachteten 6 Kinder, von denen 3 lebensfrisch und 3 asphyktisch waren, verlor er alle, und zwar 5 innerhalb der ersten 4 Tage und 1 nach 4 Wochen.

Die Ursache des nachträglich noch erfolgenden Todes kann eine verschiedene sein.

Da, wo der Blutung eine akute Infektionskrankheit oder eine ernste konstitutionelle Erkrankung wie Lues zugrunde liegt, führt diese nicht selten direkt oder auf Umwegen, etwa einer Pachymeningitis, zum Tode.

Länger bestehende Blutextravasate schließen die Gefahr der Bakterieninvasion in sich und damit die Gefahr einer direkt oder auf dem Lymph- oder Blutweg entstehenden Meningitis; oder sie führen durch Störung der Atmung zu einer tödlichen Pneumonie.

Eine sehr ernste Bedrohung besteht darin, daß die Hämatome nach der Geburt noch an Größe zunehmen, oder daß sie erst nach der Geburt entstehen, wie wir das vom Kephalhämatom als Regel kennen. Eine solche nachträgliche Blutung läßt sich leicht verstehen: solange der Schädel im Geburtskanal steckt, ist er vielfach so zusammengepreßt, daß es trotz Gefäßzerreißung zu einer nennenswerten Blutung nicht kommen kann. Fällt nun mit Vollendung der Geburt jene Schnürung weg und schnellen die zusammengepreßten Knochen auseinander, dann erweitert sich plötzlich die venöse Blutbahn, und es kommt nachträglich zu einem Bluterguß.

Naturgemäß können bei schon vorhandenem Riß Schultzesche Schwingungen nachträglich eine starke Blutung auslösen. Sie stellen daher in solchen Fällen ein sehr zweischneidiges Schwert dar.

Ja vielleicht ist sogar einfache Lagerung des Kindes auf die Seite nicht gleichgültig. Walcher hat darauf hingewiesen, daß man bei der Weichheit des neugeborenen Schädels mit einfacher Seitenlagerung die Kopfform beliebig beeinflussen kann. Und Beneke nimmt an, daß mit der Lagerung auf die Seite eine Kompression des Schädels von links nach rechts und eine Verlängerung von hinten nach vorn entsteht. Diese kann seiner Ansicht nach zu einer Verengerung des Sinus rectus und damit zu einer Erschwerung in der Entleerung der Vena magna Galeni führen, so daß es zu einer Erweiterung des Seitenventrikels und zu Hydrops kommen kann. Danach wäre auch denkbar, daß eine infolge der Lagerung entstehende venöse Hyperämie zur Verstärkung einer schon bestehenden Blutung aus einem Tentoriumriß führen kann.

Das nachträgliche Zunehmen einer intrakraniellen Blutung kann durch Steigerung des allgemeinen Hirndrucks, besonders aber durch Kompression der Medulla oblongata, zu einer Störung der lebenswichtigen Zentren und damit zu einer direkten Vernichtung des Lebens führen.

Auf diese Weise erklärt sich gut ein Vorkommnis, das Verf. öfters auffiel, nämlich, daß leicht asphyktische Kinder trotz aller Bemühungen immer tiefer asphyktisch werden und daß lebensfrisch geborene Kinder, denen man zunächst gar nichts Auffallendes anmerkt, später ganz plötzlich und unerklärt zugrunde gehen.

Bei genauerer Beachtung wird man daher manchen ganz unerklärten Tod verstehen lernen. Mancher Verdacht auf Lues, manche auffallende Schlaffheit einer Extremität, für die man peripher keinerlei Anhaltspunkt findet, wird sich als Hirnblutung herausstellen.

Von großer Wichtigkeit ist natürlich die Frage, wie weit von den geschädigten Hirnteilen selbst Reiz- oder Ausfallserscheinungen ausgehen und wie weit die Kinder durch die Zerreißung und Blutung für ihr späteres Leben Schaden nehmen.

Das hängt in erster Linie damit zusammen, wie weit die Hirnbahnen nach der Geburt überhaupt schon ausgebildet sind. In dieser Richtung beanspruchen darum die Tierexperimente von Soltmann einige Beachtung. Er reizte bei neugeborenen Hunden, Katzen und Kaninchen die motorische Rindenpartie mit dem elektrischen Strom, ohne eine Reaktion zu erzielen. Danach fehlen jenen Tieren um diese Zeit noch erregbare psychomotorische Zentren.

Vom Menschen ist bekannt, daß das Gehirn zur Zeit der Geburt noch unfertig ist. Es befindet sich zum großen Teil noch in marklosem Zustand, und manche Hirnbahnen fehlen überhaupt noch völlig. Wegen dieser Unfertigkeit des Gehirns zur Zeit der Geburt und wegen der erst post partum sich vollziehenden Ausreifung hat man für das Zentralnervensystem die Geburt gar nicht als Grenze der ersten Entwicklung anerkennen wollen.

Bei der Unfertigkeit des Gehirns zur Zeit der Geburt kann eine intrakranielle Blutung natürlich den weiteren Reifungsprozeß emp-

findlich stören. Darum können über die akuten Reizsymptome hinaus noch manche Erscheinungen später auftreten, falls es zu ernsten Störungen der postpartalen Hirnreifung oder zur Zertrümmerung bestimmter Hirnpartien gekommen ist. Wie schwer diese anatomischen Schädigungen sein können, zeigt eine Beobachtung von Köppen. Er fand bei einem 3 Monate alten Kinde, das seit der Geburt an Krämpfen litt, über beiden Hinterhauptslappen ein zum Teil noch flüssiges subdurales Hämatom. In den darunter liegenden Hirnteilen waren die Hirnwindungen stark verändert, die Hirnsubstanz stark eingesunken, stellenweise mit der Pia verwachsen und durch tief hineinragendes Narbengewebe verhärtet. Die Graufärbung der Rindensubstanz war verschwunden und darum die Rinde vom Marklager nicht mehr zu unterscheiden. In den äußersten Rindenbezirken fanden sich kleine Hohlräume und Erweichungsherde.

Schon vor langer Zeit betonte F. Schultze, daß unter dicken Blutkappen sich die Hirnsubstanz im Zustand direkter Kompression befinden kann. Leichte Grade solcher Veränderungen können ausheilen, aber in schweren Fällen bleibt eine mangelhafte Entwicklung der Hirnsubstanz zurück, besonders häufig in Form einer Mikrogyrie und Sklerose. Wahrscheinlich können sich selbst Zysten und geringe Grade von Porenzephalie im Gefolge davon ausbilden.

Danach sind im späteren Leben auftretende ernste funktionelle Defekte gut verständlich. Schon Gowers bezeichnete auf Grund seiner Erfahrungen an 36 Fällen von intrakraniellen Blutungen geistige Defekte als Spätfolgen der intrakraniellen Blutungen. Nach Schultze sollen intrakranielle Blutungen unter der Geburt, häufiger als man glaubt, zu lange nachwirkenden Funktionsstörungen führen, wie zu Idiotie, Schwachsinn, Chorea, spastischer Starre, spastischen Lähmungen und chronischer Epilepsie.

Vor allem wurde die infantile Zerebrallähmung, die Littlesche Krankheit, hierher gerechnet, seitdem Little selbst sie ätiologisch auf schwere Geburten und Asphyxie zurückführte. Diese Auffassung fand viel Anklang. Freud vertrat noch 1897 im Nothnagelschen Handbuch den Standpunkt, daß es sich bei der zerebralen Kinderlähmung in 50% der Fälle um eine vorausgegangene erschwerte Geburt gehandelt habe.

Nach Zappert ist die intermeningeale Blutung in der Ätiologie folgender Zustände von Bedeutung:

1. Allgemeine Starre mit geringer oder ohne Demenz, meist ohne Konvulsionen (Littlescher Symptomenkomplex).
2. Paraplegische Starre ohne Demenz, ohne Konvulsionen.
3. Einfache Hemiplegie mit Schwachsinn und Krämpfen.
4. Bilaterale Hemiplegie mit Schwachsinn, Krämpfen, eventuell Pseudobulbärparalyse.

Ebenso werden auch in neuester Zeit noch Epilepsie, Strabismus, Sehstörungen, Taubheit, Sprachstörungen, Fazialislähmungen, Porenzephalie, Hydrozephalus usw. auf intrakranielle Blutungen zurückgeführt. Zur Erklärung eines Hydrozephalus als Folge einer intrakraniellen Blutung muß man wohl eine Erschwerung im Abfluß des Liquor cerebrospinalis anschuldigen. Als unterstützendes Moment

kommt hinzu, daß die Widerstandskraft der Ventrikelwand infolge der Blutung durch Zerstörung des Gewebes notleiden kann.

Will man den Zustand einer rationellen Behandlung zuführen, dann muß man ihn zunächst genau diagnostizieren. Darum will Verf. kurz auf die Symptome der intrakraniellen Blutungen eingehen.

Bei supratentoriellen Blutungen haben wir im Anfangsstadium starke Unruhe, auffallendes Schreien infolge einer schmerzhaften Duraspannung durch den Bluterguß, ferner Verzerrung des Gesichtes, Störungen im Saugakt, Verweigerung der Nahrung, zuweilen auch Erbrechen. Ist die intrakranielle Blutung groß genug, so ist unter Umständen schon von Anfang an die große Fontanelle abnorm gespannt. Zuweilen fällt auch eine starke Blässe der Haut auf. Diese ist gewöhnlich nicht als anämische Erscheinung aufzufassen, sondern als die Folge eines durch den gesteigerten Hirndruck ausgelösten Gefäßkonstriktorenkrampfes. Darum kann sie verschwinden und plötzlich in normales Rot übergehen, wenn der Gefäßkrampf nachläßt, z. B. während eines allgemeinen Krampfanfalles. Die Atmung ist im Anfangsstadium oft nicht oder nur wenig beeinflußt. Im Reizstadium tritt zunächst die Trias der medullären Kardinalsymptome hervor, also Beeinflussung des Vaguszentrums, des Vasomotorenzentrums und des Respirationszentrums. Die sonst mit einer Vagusreizung einhergehende Pulsverlangsamung ist nicht immer vorhanden, da beim Neugeborenen das Vaguszentrum noch eine geringe Erregbarkeit besitzt. Eine Reizung des Vasomotorenzentrums und eine damit verbundene Blutdrucksteigerung äußert sich klinisch im kräftigen Puls, im Klappen des zweiten Aortentons, in der beschriebenen Blässe der Haut und in gesteigertem Dermographismus; obendrein kann sie zu erneuter Blutung führen. Die Störungen des Atmungszentrums äußern sich in verlangsamter und vertiefter, zuweilen lange aussetzender, manchmal auch in beschleunigter und oberflächlicher Atmung. Dazu kommen gesteigerte Reflexerregbarkeit und vor allem Krampfanfälle. Die Krämpfe können oft durch leichte Erschütterung am Bettchen, besonders aber durch Druck auf die große Fontanelle ausgelöst werden. Gehen die Kinder nicht schon im Reizstadium zugrunde und kommt es zum Lähmungsstadium, so fällt zunächst das Nachlassen der Spasmen und an ihrer Stelle das Eintreten einer allgemeinen Schlaffheit auf. Die vorher gesteigerten Reflexe lassen sich jetzt nicht mehr auslösen; die Pupillen sind reaktionslos. Die Atmung wird ganz unregelmäßig und nimmt zum Schluß den Cheyne-Stokesschen Typus an. Natürlich lassen sich diese einzelnen Stadien nicht immer scharf voneinander trennen. Nicht selten gehen neben den Reizerscheinungen schon Lähmungserscheinungen einher.

Bei infratentoriellen Blutungen sind die Kinder meist auffallend ruhig und somnolent, vielleicht weil der Bluterguß klein und der Duraschmerz gering ist. Offenbar hindert aber auch der Bluterguß in der Umgebung der Medulla oblongata und die Schädigung des Atmungszentrums starkes Schreien und führt infolge Kohlensäureintoxikation zu einer Art Narkose. Die Spannung der großen Fon-

tanelle fehlt anfangs oder ist gering und nimmt erst allmählich zu. Die Blässe der Haut ist viel geringer und fehlt oft ganz, da Blutung und Vasokonstriktion oft nur gering sind. An Stelle der Blässe fällt nicht selten eine stärkere Zyanose auf, weil bei dem Sitz der Blutung um die Medulla oblongata herum die Atmung oft erheblich erschwert ist. Für die Unterscheidung der supratentoriellen Blutungen von den infratentoriellen geben die Krämpfe nur zuweilen einen zuverlässigen Anhalt; nämlich nur dann, wenn sie auf eine Körperseite oder gar auf eine Extremität beschränkt sind, was selten ist. In diesem Falle wissen wir, daß die Blutung oberhalb des Tentorium im Großhirn, ja sogar, daß sie in einem bestimmten Bezirk des Großhirns sitzt. Dagegen stellt die Doppelseitigkeit der Krämpfe keineswegs einen zuverlässigen Ausdruck einer infratentoriellen oder spinalen Blutung dar; denn nicht selten treten auch bei einfachen Konvexitätshämatomen die Krämpfe infolge Steigerung des Hirndrucks doppelseitig auf, wenn vielleicht auch in verschiedener Intensität. Darum sind die Extremitätenkrämpfe kein zuverlässiger Wegweiser für die Differentialdiagnose zwischen supra- und infratentorieller Blutung. Nackenstarre und Opisthotonus sollen nach Seitz bei den supratentoriellen Blutungen weniger stark sein als bei den infratentoriellen. Eine supratentorielle Blutung hat mehr Rindensymptome, hauptsächlich im Gebiet des Fazialis, des Okulomotorius, des Akzessorius und der Extremitäten, während man bei infratentorieller Blutung mehr spinale Reizsymptome hat, wie Starre der Extremitäten, auffallende Erektionen des Penis und Runzelung der Skrotalhaut.

Ein letztes differentialdiagnostisches Auskunftsmittel haben wir in der Spinalpunktion, die man unter Umständen zwischen dem II. und III. Halswirbel vornehmen kann. Ganz klarer Liquor weist auf eine supratentorielle Blutung hin, während starker Blutgehalt mehr für infratentorielle Blutung spricht. Indes kann, wie Verf. selbst sah, natürlich auch bei einer supratentoriellen Blutung das Blut in den Lumbalsack durchsickern, oder es kann dort sich ergossen haben aus einer Verletzung des Rückenmarkskanals selbst. Blutungen aus dem Gebiet des Rückenmarkskanals selbst scheinen nach den erwähnten Befunden von Litzmann nicht selten zu sein. Nach Gröne finden sie sich namentlich bei kleinen Kindern mit leicht biegsamer Wirbelsäule. Vor allem aber spielen dabei ätiologisch operative Geburtsbeendigungen, namentlich Extraktion am Beckenende, eine große Rolle, bei denen es am ehesten zu Zerreißungen der Wirbelsäule kommen kann.

Der Nachweis von Blut im Spinalkanal klärt demnach die Situation nicht immer ganz eindeutig auf.

Deswegen empfahl Henschen die Probepunktion des kraniellen Subduralraumes als das sicherste Mittel zur Diagnose. Er sticht zu diesem Zweck eine dicke Hohlnadel im äußersten Seitenwinkel der großen Fontanelle ein und schiebt sie parallel unter dem Scheitel- oder Stirnbein vor. „Dieser einfache, bei richtiger Ausführung unbedenkliche Eingriff läßt, da sich die unmittelbare Lebensgefahr oft in eine kurze Stundenspanne konzentriert, viel kostbare Zeit ge-

winnen, verhilft im Zweifelsfalle zur richtigen Seitenlokalisation und klärt differentialdiagnostisch gegenüber tetanischen und eklamptischen Erkrankungen auf."

Ist die Blutung sicher als eine supratentorielle festgestellt, dann gelten für ihre genauere Lokalisation in eine bestimmte Seite und da wieder in einen bestimmten Bezirk des Großhirns dieselben Regeln wie beim Erwachsenen. Wir werden uns also hauptsächlich zu halten haben an die Beschränkung der Krämpfe auf bestimmte Extremitäten und an etwaige Erscheinungen seitens der großen Gehirnnerven, des Fazialis, Hypoglossus und Akzessorius. Bei einer bestehenden Fazialislähmung muß man sich zunächst fragen, ist sie peripher oder zentral bedingt. Peripher entstandene Fazialislähmungen, wie sie ohne Hirnblutung nach Zangenentbindungen oft genug, ja sogar nach Spontangeburten, lediglich durch Druck eines engen Beckens vorkommen, sind direkt nach der Geburt vorhanden; sie bessern sich rasch und verschwinden oft in wenigen Stunden. Zentral bedingte Lähmungen fehlen nicht selten direkt nach der Geburt, treten erst in den nächsten Tagen auf und werden dann eher schlimmer als rasch besser. Auf eine zentrale Entstehung weist eine etwaige Beteiligung anderer Hirnnerven hin. Für die Feststellung der betreffenden Hirnseite ist das Verhalten des Fazialis auch bei zentral bedingter Störung nicht immer ausschlaggebend, da oft auch bei einseitiger Blutung auch der Fazialis der anderen Seite durch kollaterales Ödem in Mitleidenschaft gezogen wird.

Manchmal weist ein einseitiges Klaffen der Nähte oder eine einseitige Asymmetrie des Schädels auf den Sitz der Blutung links oder rechts hin.

Natürlich darf man bei der Diagnosenstellung nicht vergessen, daß Hirndrucksymptome auch ohne Blutungen zustande kommen können, z. B. durch Impression der Knochen oder aber ohne nachweisbare Schädigungen bestimmter Hirnabschnitte. Ein gewisses Analogon zum letzteren Ereignis haben wir beim Erwachsenen in der Hirnerschütterung.

Selbstverständlich ist, daß man andere unter Krämpfen einhergehende Erkrankungen wie Tetanus, Tetanie, Eklampsie ausschließen muß.

Etwaige isolierte Ventrikelblutungen machen die Symptome des Hydrozephalus und Fieber. Porak und Katz sahen auf das Gesicht beschränkte Krämpfe. Ist die Blutung in den IV. Ventrikel durchgebrochen, dann treten medulläre und spinale Symptome in den Vordergrund.

Zur Behandlung ist in der neuesten Zeit für die Konvexitätshämatome Freilegung und Ausräumung des Blutergusses vorgeschlagen worden. Diese chirurgische Therapie wurde in Amerika durch Cushing und bei uns durch Seitz und später durch Henschen empfohlen und praktisch durchgeführt.

Cushing legt durch einen hufeisenförmigen, mit seiner Konvexität der Pfeilnaht zugewendeten Weichteilschnitt die Ränder des Scheitelbeins frei und umschneidet dieses hufeisenförmig etwas nach innen vom freien Knochenrand, klappt den Knochen nach Ablösung

der Dura nach außen um. Dann wird die Dura gespalten und das Hämatom durch Berieselung mit Kochsalzlösung, was Henschen zwar für eine erschwerende Zutat hält, ausgeräumt. Unter 9 Fällen, von denen 3 doppelseitig und 2 zweimal operiert werden mußten, sind 4 volle Erfolge. Cushing betont, daß der Neugeborene, der sich ja schon dem Geburtstrauma gegenüber sehr tolerant verhält, eine besondere Widerstandskraft gegenüber Operationen an Schädel und Gehirn besitze. Von 16 bis jetzt nach Cushing operierten Kindern sind 7 = 43,15 $^0/_0$ geheilt.

Channing Simmons hat bei 2 mit Zange entbundenen Neugeborenen ein intrakranielles Hämatom operativ entfernt. Die vorher bestehenden Hirndruckerscheinungen schwanden sofort, und die Kinder gediehen gut.

Seitz macht zur Freilegung des Scheitelbeins einen ähnlichen Weichteilschnitt, der 1 cm von der Mittellinie entfernt der Pfeilnaht parallel läuft, vorn sich an die Kranznaht und hinten an die Lambdanaht hält. An den Rändern des Scheitelbeins wird der Weichteillappen etwas zurückpräpariert, dann schneidet man an der Grenze zwischen Knochen und Membran mit dem Messer möglichst weit lateral (zur Vermeidung einer Sinusverletzung) bis auf die Dura ein und löst die Dura vom Knochen ab. Sobald die Ablösung etwas unterhalb des Tuber parietale gediehen ist, kann man den hier biegbaren Knochen mit dem Hautlappen umklappen. Die freigelegte Dura wird an der tiefsten Stelle durch einen mehrere Zentimeter langen Querschnitt eröffnet und von dort aus das Hämatom ausgeräumt. Für manche Fälle genügt es, durch eine einfache Durainzision, ohne den Knochen umzustülpen, das flüssige Blut und den vermehrten Liquor abzulassen.

Durch Ligatur nicht stillbare Blutungen, namentlich aus Anrissen eines Sinus, können nach Henschen mit Coagulin Kocher-Fonio oder durch Verstopfen des Risses mit einem Muskel- oder Fettgewebestückchen zum Stehen gebracht werden.

An Stelle des Umklappens des Knochens bevorzugt Henschen das Anlegen einer weniger eingreifenden Trepanationsöffnung an der Basis des Scheitelbeins, unter dem ja die Hauptmasse des Hämatoms zu erwarten ist.

Seitz würde die Trepanation über dem Scheitelhöcker oder etwas darüber ausführen.

Bei nicht zu großen flüssigen Hämatomen ist die Fontanellenaspiration des Blutes für sich allein schon wirksam. — Bei infratentoriellen Blutungen stellt die Punktion, und zwar im Lumbal- oder Zervikalkanal, gewöhnlich das einzige Hilfsmittel dar. Sie erfreut sich namentlich bei den Franzosen eines gewissen Ansehens.

Wo die Punktion im Stiche läßt, bietet nach Henschen bei drohender Gefahr auch hier eine Entlastungstrepanation des Infratentorialraumes etwas nach hinten vom Warzenfortsatz noch einige Aussicht auf Erfolg.

Verf. hat über die chirurgische Therapie keine eigene Erfahrung, kann darum zu diesen Vorschlägen keine kritische Stellung nehmen, aber die mitgeteilten Resultate klingen doch ermunternd, und ihm

scheint, man soll in schweren Fällen nicht einfach wie früher die Hände in den Schoß legen und dem Verhängnis ruhig zusehen, sondern den Versuch mit der Operation ruhig wagen. Vielleicht werden wir manche Kinder retten. Das entspricht der ganzen modernen Richtung der Geburtshilfe mit ihrer hohen Bewertung des kindlichen Lebens und entspricht besonders unserer gegenwärtigen Zeit, in der das Völkerringen so große Lücken in die Menschheit reißt.

Grätzer.

Erna Loewy, Beitrag zur pathologischen Histologie der unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlaufenden Fälle von Poliomyelitis acuta anterior. (Mschr. f. Psych. u. Neurol. 35. 1914. H. 5.) 2 Fälle mit dem Symptomenbilde und Verlauf der Landryschen Pasalyse, im 1. Falle bei einem 20jährigen Manne unter dem Bilde einer Angina einsetzend (hier waren die entzündeten Tonsillen höchstwahrscheinlich die Eingangspforte der entzündlichen Noxe), im 2. Falle bei einem 4jährigen Mädchen. In beiden Fällen ergab die Autopsie einen Erkrankungsprozeß entzündlich degenerativer Natur mit ausschließlichem Befallensein der grauen Substanz, insbesondere der Vorderhörner.

Der Fall 1 zeigt die Erkrankungsprozesse im floriden Stadium, und es ergab die mikroskopische Untersuchung dieses Falles das anatomische Substrat für die akut in die Erscheinung getretenen, auf die Erkrankung des Rückenmarksquerschnittes hindeutenden klinischen Symptome. Der pathologisch-anatomische Befund war hier der einer stärksten Hyperämie der Gefäße des Rückenmarksquerschnittes, besonders der grauen Substanz, mit dichter perivaskulärer, aus Leukozyten und besonders Lymphozyten bestehender Infiltration. Daneben fanden sich degenerative Prozesse in verschieden hohem Grade der Ausbildung an dem Parenchym.

Die mikroskopische Untersuchung des 2. Falles ergab, daß der Erkrankungsprozeß in der grauen Substanz schon weitgehende Veränderungen gesetzt hatte. Hier fand sich ein fast vollständiger Schwund der großen motorischen Ganglienzellen sowie Schwund der Markscheiden und Achsenzylinder. Das in den mikroskopischen Präparaten am reichlichsten zu beobachtende Element waren typische Körnchenzellen, also Zellen, wie man sie bei degenerativen Prozessen im Zentralnervensystem konstant beobachten kann! Neuronophagien waren nicht festzustellen. Als Grund hierfür nimmt Verf. an, daß der Prozeß nicht mehr im Stadium der Akuität untersucht wurde, daß die Neuronophagie bereits vollendet und die Reste der zerfallenen Nervenzellen bereits vollständig phagozytiert waren. Der Grund, warum im 1. Falle nicht die Bilder der Neuronophagie beobachtet wurden, ist wohl darin zu suchen, daß der Tod eher eingetreten ist, ehe Neuronophagie zustande gekommen war.

Beide Fälle reden einer primären vaskulären Genese der Veränderungen des Rückenmarks das Wort: daß also die Noxe im Blutweg in das Rückenmark hineingelangt und durch die Gefäßwand hindurch diffundiert ist, zunächst also entzündliche Veränderungen am Blutgefäß-Bindegewebsapparat des Rückenmarks gesetzt hat und erst sekundär degenerativ auf das spezifische Parenchym

eingewirkt hat. Besonders die starken Veränderungen am Blutgefäß-Bindegewebsapparat des 1. Falles, welche quantitativ die des Parenchyms übertrafen, scheinen diese Ansicht in guter Weise zu stützen.

Kurt Mendel.

M. Tiegel (Breslau), Über die Behandlung von Abszessen mit Spreizfedern. (Arch. f. klin. Chirurg. 106. H. 2. 1914.) Verf. spaltet erst den Abszeß und behandelt dann mit Spreizfedern nach. Er sah danach rascheres Zurückgehen der Entzündung, Rötung und Infiltration der Umgebung der Abszesse und ein rascheres Versiegen der Eiterung, kurzum eine raschere Heilung als bei anderen Methoden.

Kurt Boas.

K. Gaugele, Ein neuer Klumpfußredresseur. (Aus der orthopädischen Privatklinik des Verfassers in Zwickau.) (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie. 13. H. 4. 1915.) Verf. empfiehlt die Klumpfußredressur nach Lorenz, wobei der Klumpfuß zwischen zwei Gummiplatten durch Hammerschläge korrigiert wird.

Kurt Boas.

H. Turner, Über Fettembolie nach orthopädischen Operationen. (Ebenda.) Die Fettembolie nach orthopädischen Operationen beruht darauf, daß infolge einer Blutdrucksteigerung die Fettpartikelchen durch den Lungenkreislauf hindurch in das Zentralnervensystem hineingeschwemmt werden. Man beugt derartigen Zufällen durch absolute körperliche Ruhe und Fernhaltung seelischer Erregungen vor.

Kurt Boas.

H. Burkhardt, Über die Mitbeteiligung des Gesichtsschädels bei Lues hereditaria tarda mit besonderer Berücksichtigung der Kiefer. (Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. 29. H. 2 u. 3. 1915.) In dem von dem Verf. beschriebenen Falle von Lues hereditaria tarda kam es allmählich zu einer starken, schmerzlosen Auftreibung einzelner Knochen. Besonders starke Veränderungen zeigte der Gesichtsschädel, wobei die Knochenauftreibungen der Kiefer die größten Dimensionen annahmen. Schließlich bildete sich eine konzentrische Verengung der Nase, die zu einer nicht unerheblichen Behinderung der Nasenatmung führte.

Kurt Boas.

Krosz, Seltenere Mißbildu gen an den Herzklappen. (Frankfurter Zschr. f. Patholog. 16. H. 1. 1914.) Bei einem 5jährigen Mädchen fand sich infolge hochgradiger Fensterung der linken Klappe ein quer verlaufender Sehnenfaden, der zu einer Hypertrophie des linken Ventrikels führte.

Kurt Boas.

Hegener, Über angeborene einseitige Störungen des Farbensinnes. (Klin. Monatsbl. f. Augenhlk. 54. 1915. H. 1.) Verf. berichtet über einen Patienten, dessen rechtes Auge normalen Farbensinn zeigte, während das linke sich bei allen Prüfungen als anormal erwies. Augenhintergrund und Sehschärfe waren normal. Möglicherweise war ursprünglich der Farbensinn auch des rechten Auges mangelhaft, aber der Fehler hat sich allmählich ausgeglichen, eine Annahme, die sich auf anamnestische Angaben des intelligenten

Patienten stützt. Verf. glaubt, daß durch Übung der Farbensinn auch des linken Auges normalisiert werden könne. Von 50 Personen hatten 10 (= 20%) eine deutliche Störung der Farbenempfindung, bei zweien war der Unterschied auf beiden Augen festzustellen.

Kurt Boas.

B. Hahn, Experimentelle Beiträge zur Pathogenese postdiphtherischer Lähmungen. (Ztschr. f. d. ges. exper. Mediz. 3. 1914. H. 3. S. 198.) Verf. rief bei Meerschweinchen nach Verfütterung von Alkohol mehrere Monate hindurch, ferner nach lokaler Überanstrengung und nach Resistenzschädigung durch Schütteln des ganzen Tieres im Schüttelapparat Lähmungserscheinungen auch dann hervor, wenn die gleiche Dosis Diphtherietoxin bei Kontrolltieren wirkungslos war. Verfütterung von Bleioxyd lieferte keine einwandfreien Resultate. Kurt Boas.

K. E. F. Schmitz, Über die Leistungsfähigkeit des Lobeckschen Milchsterilisierungsverfahrens (Biorisation). (Aus dem Hygienischen Institut in Greifswald.) (Ztschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. 80. 1915. H. 2.) Die Gewinnung einer von pathogenen Keimen befreiten Milch, die trotzdem den sogenannten Rohmilchcharakter bewahrt hat, ist von dem größten hygienischen und wirtschaftlichen Interesse. Ein Verfahren, das diese Bedingungen in fast idealer Weise erfüllt, ist das von Lobeck ersonnene Biorisationsverfahren.

Dasselbe besteht darin, daß die Milch durch eine feine Düse in feinste Tröpfchen zerstäubt wird und in diesem fein zerstäubten Zustande auf 75° erhitzt wird, um dann sofort wieder tief gekühlt zu werden. Das wird bei dem Biorisatorapparat so erreicht, daß um den Zerstäubungskessel herum sich ein Raum befindet, der durch Dampfzuleitung erhitzt werden kann. Durch Regulierung der Dampfzufuhr läßt sich jede gewünschte Temperatur in dem Zerstäubungskessel einstellen. Die Prüfung der in dieser Weise biorisierten Milch ergab, daß die Milch ihren Rohmilchcharakter fast vollkommen bewahrt hatte. Geruch, Geschmack und Fermentreaktionen waren absolut gleich denen der Rohmilch. Bestimmung der Menge des genuinen Molkeneiweißes und der bakteriziden Kraft ergab das gleiche Resultat bei der biorisierten wie bei der rohen Milch. Auch künstlich hinzugemischtes Diphtherieantitoxin wurde durch die Biorisation in seinem Werte nicht beeinträchtigt. Nur die Labgerinnungsfähigkeit war bei der biorisierten Milch eine Spur geringer als bei der rohen. Dabei ist das Keimtötungsvermögen des Biorisatorverfahrens außerordentlich groß. Gewöhnliche Milchkeime werden bis auf die Sporenbildner alle vernichtet, ganz besonders wichtig aber ist, daß alle der Milch künstlich zugemischten Krankheitserreger, Typhusbazillen, Choleravibrionen usw., restlos abgetötet wurden. Der Tuberkelbazillus wurde bei 70—73° vernichtet. Die Prüfung der rohen und der biorisierten Milch geschah mittels des Tierversuches. Auch dicke Bakterienaufschwemmungen, z. B. von Choleravibrionen, widerstanden der Einwirkung des Apparates nicht.

Kurt Boas.

J. P. Mc Kelvie und **J. Rosenbloom,** Über den Cholesterinstoffwechsel in einem Falle von angeborener hämolytischer Gelbsucht mit Splenomegalie. (Biochem. Ztschr. 68. 1915. S. 78.) Die roten Blutkörperchen eines Patienten mit kongenitalem hämolytischem Ikterus verbunden mit Splenomegalie waren von ungeschwächter Resistenz. Der Patient zeigte eine ausgeprägte negative Cholesterinbilanz. Die Verff. nehmen an, daß der Cholesteringehalt des Blutserums eine Rolle in dem Krankheitsbild spielt.

Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Erwin Baumann, Beitrag zur rachitischen Muskelerkrankung (Myopathia rachitica). (Aus der chirurgischen Universitätspoliklinik Basel.) (Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 50.) Verf. teilt die Krankengeschichte eines etwa 6 Wochen alten Kindes mit.

Wenn man an Hand dieses Falles und der einschlägigen Literatur die klinischen Erscheinungen kurz zusammenfaßt, so findet man in den leichteren Fällen eine Schlaffheit und Schwäche der Muskulatur (so daß oft Hyperextensionen vorgenommen und „schlangenmenschartige Stellungen“ auferlegt werden können), ferner einen Mangel an Elastizität, geringe Kontraktionsfähigkeit, und in mittleren und schwereren Fällen Bewegungsstörungen, die sogar bis zur vollständigen Lähmung verschiedener Muskelgruppen, wie in Verf.'s Fall, führen können. Die erkrankten Partien werden gewöhnlich geschont; das feste Anfassen derselben wird nicht selten als recht schmerzhaft empfunden und findet in heftigem Schreien seinen Ausdruck; die Sehnenreflexe sind stets vorhanden, niemals erloschen, sogar in einzelnen Fällen eher etwas gesteigert. Fibrilläre Zuckungen fehlen. Die elektrische Funktionsprüfung ergibt eine beträchtliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit für beide Stromarten, dabei aber stets blitzartige Zuckungen. Entartungsreaktion tritt nie auf. Die Kathodenschließungszuckung erfolgt stets zuerst; dann folgen die übrigen Zuckungen in gesetzmäßiger Reihenfolge. Diagnostisch wichtig ist natürlich der Befund von rachitischen Erscheinungen an den Knochen! Man vergesse nie, bei hypotonischen und paretischen Zuständen der kindlichen Muskulatur darnach zu fahnden! Bis das Krankheitsbild nicht noch klarer abgegrenzt werden kann, getraue man sich vorläufig nur bei gleichzeitig vorhandenen rachitischen Knochenerscheinungen die klinische Diagnose „Myopathia rachitica“ zu stellen.

Was bei diesem Falle noch besonders auffällt, ist der ziemlich akute Beginn der Krankheit und der mäßig febrile Verlauf in den beiden ersten Wochen. Verf. konnte darüber in der Literatur nichts finden, und dieser Umstand war es auch, der ihn anfangs an der Diagnose „Myopathia rachitica“ zweifeln ließ. Er dachte eher an eine akute Polymyositis. Die nähere Untersuchung und der ganze Verlauf ließen aber dann letztere Diagnose ausschließen. Die auffällige profuse Schweißsekretion, besonders der Kopfschweiß, ist ja

bereits als rachitisches Symptom, besonders bei kleinen Kindern, beschrieben. Ob der rachitische Prozeß an sich Fieber macht, ist eine noch ungelöste Frage. In diesem Falle war dasselbe auch nie besonders hoch, im Mittel ca. 37,5°, im Maximum 37,9°, rektal gemessen. Wenn man auch die infektiöse Ätiologie der Rachitis ablehnt und mit Abderhalden und anderen die Erkrankung als eine Stoffwechselstörung ansieht, so ist ja nicht ausgeschlossen, daß entweder durch Kreisen körperfremder Stoffe im kindlichen Körper infolge mangelhaften Abbaues der Nahrungsstoffe im Darme, oder andererseits infolge Stoffwechselstörungen im betreffenden Gewebe selbst (Dystrophie im Muskel bzw. Knochen) leichte Temperatursteigerungen eintreten können. Jedenfalls darf Verf. durch seinen Fall die Tatsache feststellen, daß es neben den chronischen und subakuten Fällen rachitischer Muskelerkrankung auch eine solche von ziemlich akutem Beginne und leicht febrilem Verlaufe geben kann. Hervorheben möchte er schließlich noch, daß das Allgemeinbefinden gewöhnlich nicht besonders alteriert ist. Selbst in diesem Falle waren Appetit und Stuhl normal; das Kind hat nie erbrochen.

Differentialdiagnostisch kommen etwa in Betracht:

a) Die akute Polymyositis. Daran wird man vor allem denken, wenn die Muskelerscheinungen ziemlich akut und mit Temperatursteigerungen beginnen, wie in Verf.'s Fall. Gemeinsam sind beiden die Druckempfindlichkeit der Muskeln, die Bewegungsstörungen und die rasche Abnahme der elektrischen Muskelerregbarkeit. Dagegen bestehen bei der Polymyositis entzündlich-ödematöse Anschwellungen der tieferen Weichteile oder der Haut, häufig von Rötung oder Exanthemen begleitet. Gegenüber diesen Anschwellungen und der Prallheit der Weichteile sind bei den rachitischen Muskelerkrankungen letztere weich, schlaff und matsch anzufühlen. Sodann sind bei der Polymyositis die Reflexe gewöhnlich von Anfang an erloschen, und zuweilen stellt sich (wohl als Ausdruck gleichzeitiger neuritischer Prozesse) eine Entartungsreaktion ein. Auch ist das Allgemeinbefinden meist erheblich gestört, und recht häufig gehen längere Prodrome, wie bei den meisten akuten Infektionskrankheiten, voraus. Die anatomische Untersuchung würde durch den Befund einer echten akuten Entzündung der Muskeln, sowohl an den Muskelfasern selbst wie auch im Interstitium, die Unterscheidung sehr deutlich machen.

b) Polyneuritis. Klinisch ist der Verlauf hier ähnlich wie bei der Polymyositis. Die Fieber- und Allgemeinerscheinungen sind meist deutlich ausgeprägt, im Gegensatz zur rachitischen Erkrankung. Die Lähmungen befallen die Muskeln gruppenweise nach den Gesetzen der peripheren Innervation und erreichen an den Extremitätenenden ihr Intensitätsmaximum, während in Verf.'s Fall alle Muskel- und Innervationsgruppen von vornherein gleichmäßig betroffen waren und die zentral gelegenen Teile bevorzugt wurden.

Ferner grenzt sich die Polyneuritis noch ab durch die Herabsetzung und das häufige Fehlen der Reflexe, durch sensible Reizerscheinungen und die totale oder partielle Entartungsreaktion. Und schließlich ist die Polyneuritis bei Kindern eine ungemein seltene Erkrankung.



c) Die Lähmungen nach akuten Krankheiten (Diphtherie, Scharlach, Angina usw.) sind gleichfalls neuritischer Natur und schon durch ihre Vorgeschichte leicht von den rachitischen Paresen zu unterscheiden.

d) Poliomyelitis anterior acuta. Hier sind die akuten Erscheinungen viel ausgeprägter, und nicht selten leiten Gehirnerscheinungen und gastro-intestinale Symptome die Krankheit ein. Indessen gibt es auch Fälle, die ohne besondere Initialerscheinungen und ohne große Allgemeinstörungen auftreten können. Für solche Fälle ist aber bekanntlich der abrupte Übergang von anscheinend vollständiger Gesundheit zu ausgedehnter hochgradiger Lähmung charakteristisch. Ferner werden das Fehlen der Sehnenreflexe, häufig auch der Hautreflexe, das Auftreten der Entartungsreaktion, und schließlich auch der weitere Krankheitsverlauf mit seinen Atrophien und Deformationen die Unterscheidung von der rachitischen Muskelerkrankung nicht schwer machen. Ein über Tage und Wochen sich erstreckendes febriles und subfebriles Stadium, wie es obiger Fall darbot, ist der akuten spinalen Kinderlähmung ganz fremd, ebenso ein Rezidiv, wie das von dem Patienten erlittene.

e) Myatonia congenita (Oppenheim). Diese Krankheit kann klinisch ähnliche Bilder machen wie die Myopathia rachitica, nämlich Pseudoparalysen und Hypotonie der Muskulatur, die ganz die gleiche teigige und matsche Beschaffenheit zeigen kann wie die Rachitikermuskeln. Ferner kommt auch hier für beide Stromarten eine quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit vor, bei Fehlen der Entartungsreaktion. Auch hier ist die Psyche meist normal und das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigt. Was aber dieses Krankheitsbild von der rachitischen Muskelerkrankung scheidet, ist eben das Angeborensein; die Symptome treten bald nach der Geburt meist deutlich hervor. Sodann sind die Sehnenreflexe aufgehoben. Meistens sind die unteren Extremitäten befallen; nur in schwereren Fällen geht die Inaktivität auch auf die Muskeln der Arme, des Halses und des Brustkorbes über. Das Leiden ist nicht progressiv, dauert aber recht lange. Ob es überhaupt völlig zur Heilung gelangt, ist bis heute noch nicht sicher festgestellt worden.

f) Sekundäre Muskelatrophie. Damit sich dieselbe ausbilden kann, gehört dazu entweder eine lange Inaktivität der Muskulatur, oder ein vorhergehendes Stadium irgend eines Marasmus. Gewöhnlich tritt aber die rachitische Muskelerkrankung in einem so frühen Stadium der Rachitis auf, daß gar keine langdauernde Inaktivität vorangehen konnte, und von einem Marasmus auch noch nicht die Rede sein kann. Bei so rascher Entwicklung der Muskelstörungen, wie bei obiger Patientin, fällt übrigens sekundäre Atrophie vollends aus dem Bereich der differentialdiagnostischen Erwägungen! Im histologischen Bilde würden besonders die Kernarmut, oder dann die Ansammlung von Kernhaufen nur in einem Teil der Fasern (während bei der Rachitis die Kernvermehrung eine gleichmäßige ist), sowie die interstitielle Infiltration und das Erhaltensein der Querstreifung im Gegensatz zur rachitischen Muskelerkrankung stehen.

g) Daß hypotonische Pseudoparesen häufig auch bei der mongoloiden Idiotie und bei Myxödem vorkommen können, sei hier nur nebenbei bemerkt. Die übrigen Erscheinungen dieser Krankheitsbilder werden die Differentialdiagnose nicht schwer machen.

Was nun die Therapie anbetrifft, so hat schon Hagenbach-Burckhardt an Hand seiner klinischen Fälle konstatiert, daß die Erkrankung meist schnell und vollkommen heilbar ist, und daß der Phosphor eine recht günstige Wirkung ausübt, die oft so rasch eintritt, daß die rachitische Muskelerkrankung ausheilt, noch bevor die Wirkung des Phosphors auf das Knochensystem zur Geltung kommt. Der Phosphor wird von kleinen Kindern in der Form der richtigen Emulsion meist besser vertragen als das gewöhnliche Phosphor-Ol. jecor. Aselli-Präparat. Als Dosis kommen täglich 1—$1^1/_2$—2 Teelöffel (0,01 Phosphor auf 100,0 der Emulsion), am besten auf die einzelnen Mahlzeiten verteilt, in Betracht. Daneben soll man stets darauf achten, daß die Kinder in den ersten 6—7 Lebensmonaten nicht mit den so weitverbreiteten Kindermehlen aufgefüttert werden; man lasse nur Milch mit der nötigen Verdünnung mit Wasser oder noch besser dünnem Schleim geben. Für ältere Kinder gelten die bekannten Ernährungsvorschriften, wie sie bei der Rachitis allgemein üblich sind. Grätzer.

César Júarros, Traitement de l'épilepsie sans bromure. („Epilepsia" V. 1914. Fasc. 3.) Brom oder Hygiene beeinflussen nicht die Epilepsie selbst, sondern nur den epileptischen Anfall, dessen Stärke und Häufigkeit vermindernd. Brom ist bei Epilepsie nicht zu geben, da leicht schädlich; hingegen ist Hygiene anzuwenden, da sie — im Gegensatz zum Brom — das Auftreten der Demenz hintanhält. Kurt Mendel.

Minna Christinger, Über den Einfluß einer wirksamen Epilepsiebehandlung auf die Psyche der Epileptiker. („Epilepsia" V. 1914. Fasc. 4.) Auf eine Unterdrückung der Anfälle durch eine wirksame Epilepsiebehandlung reagieren die komplizierten Epilepsien ungünstig, d. h. diejenigen Fälle, bei denen neben epileptischen Anfällen noch neurotische oder psychotische Symptome bestehen. Diese Erfahrungen erklären wahrscheinlich auch die Tatsache, daß in den Irrenanstalten, wohin gewöhnlich nur die schwersten Fälle gebracht werden, therapeutische Erfolge so schwer zu erzielen sind.

In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle übt die Unterdrückung der epileptischen Anfälle eine günstige Wirkung auf die psychische Konstitution der Kranken aus. Bei einer Anzahl von komplizierten Epilepsien ruft aber eine Unterdrückung der motorischen Entladung psychische Krankheitszustände entweder hervor, oder sie verschlimmert schon vorhandene Symptome, während eine geeignete Regulierung der Anfälle eine relativ günstige psychische Verfassung bewirken kann. Kurt Mendel.

S. Flexner and **H. L. Amoss,** Localisation of the virus and pathogenesis of epidemic poliomyelitis. (From the Laboratories of the Rockefeller Institute for Medical Research.) (Journn. of

experiment. Medicine. Vol. XX. No. 3. p. 244.) Das Virus der Poliomyelitis ist imstande, in die Retina einzudringen, ohne deutliche Schädigungen hervorzurufen und die Zentralnervenorgane zu erreichen.

Das in das Blut injizierte Virus wird prompt in der Milz und dem Knochenmark abgelagert, dagegen nicht in den Nieren, im Rückenmark und im Gehirn.

Trotz der Affinität, welche die Nervengewebe gegenüber dem Virus besitzen, wird dieses nicht aus dem Blut durch das Rückenmark und dem Gehirn entfernt, wofern der Plexus chorioideus und die Blutgefäße Beschädigungen erlitten haben.

Die Ganglia intervertebralia entfernen das Virus früher aus dem Blute als das Rückenmark und Gehirn.

Eine aseptische Entzündung, hervorgerufen durch eine intraspinöse Injektion von Pferdeserum, erleichtert und bewirkt den Übergang des Virus in die Zentralnervenorgane und das Auftreten von Lähmung. Das ununterstützte Virus, selbst wenn es in großen Mengen vorhanden ist, geht in konstanter Weise aus dem Blute in die Rückenmark- und Gehirnsubstanz über.

Wenn das im Blute kreisende Virus den Zutritt zu den Zentralnervenorganen nicht erreicht und keine Lähmung folgt, so wird es durch den Organismus zerstört. Im Laufe dieses Zerstörungsprozesses geht es unter als ein Resultat der Wirkung der Milz und vielleicht auch anderer Organe, welche zu einer Verminderung der Virulenz führen.

Die histologischen Veränderungen, welche nach den intraspinösen Injektionen von Virus auftreten, sind in manchen, jedoch nicht in allen Fällen verschieden von denjenigen, welche nach den intraneuralen Arten der Infektion auftreten.

Beim Entweichen aus dem Blut in das Rückenmark und Gehirn verursacht das Virus eine Invasion der Lymphdrüsen des Plexus chorioideus und weit verbreitete perivaskuläre Infiltration, und von der letzteren aus erreichen zelluläre Invasionen das Nervengewebe. Eine ähnliche lymphoide Infiltration des Plexus chorioideus kann auch auftreten nach einer intrazerebralen Injektion von Virus.

Die histologischen Veränderungen, die in den Zentralnervenorganen in menschlichen Fällen von Poliomyelitis auftreten, entsprechen denjenigen, die man mittels der intraneuralen Infektionsmethode an Affen hervorbringen kann.

Das Virus ist beim Übergang vom Blut durch den Liquor cerebrospinalis in die Rückenmark- und Hirnsubstanz imstande, durch intraspinöse Injektion von immunen Seren immunisiert zu werden, wodurch dem Auftreten einer Lähmung vorgebeugt wird.

Karnin, in einem sterilen und fein verteilten Zustande in die Meningen und Ventrikel eingeführt, setzt eine aseptische Entzündung, wird jedoch rasch resorbiert von Zellen, einschließlich der Ependymzellen. Wenn eine aseptische Entzündung bereits vorher bestanden hatte vermittelst Pferdeserum, oder wenn die Nervengewebe bereits durch das poliomyelitische Virus in Mitleidenschaft gezogen waren, so scheint das Pigment in stärkerem Maße in die Ependymzellen einzudringen.

Die beschriebenen Experimente führen zu der Anschauung, daß die Infektion bei der Poliomyelitis epidemica beim Menschen lokaler und neuraler Natur ist und sich auf dem Wege der Lymphbahnen vollzieht, keine allgemeine ist und auf dem Wege der Blutbahnen zustande kommt. Daraus resultiert fernerhin, daß die Eingangspforte der Infektion dargestellt wird durch die Schleimhaut des oberen Respirationstraktus. Kurt Boas.

Marage, Etude et traitement du bégaiement par la photographie. (Compt. rend. CLVIII. 10. p. 730.) Verf. belehrt Stotterer durch seine motographischen und photographischen Aufnahmen vom richtigen und falschen Sprechen. Verf. fand folgendes:

Der normale Mensch braucht für die beiden Worte „bonjour papa" $^{36}/_{7}$ Sekunden. Zwischen beiden Worten ist eine Ruhepause von $^{8}/_{7}$ Sekunden, zwischen den beiden Silben jedes einzelnen Wortes $^{4}/_{7}$ Sekunden.

Der Stotterer braucht $^{12}/_{7}$ Sekunden, also dreimal weniger Zeit, der Zwischenraum zwischen beiden Worten beträgt $^{4}/_{7}$ Sekunden, also die Hälfte. Zwischen den einzelnen Silben bestehen überhaupt keine Ruheintervalle. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Hans Hirschfeld: **Chlorom.** Es handelt sich um ein 8jähriges, seit $^{1}/_{2}$ Jahr krankes Mädchen, das durch einen schnell gewachsenen, mächtig aus der rechten Gesichtshälfte vortretenden Tumor aufs äußerste entstellt ist. Der Mundwinkel steht tief, das Unterlid ist ektropioniert und der Augapfel offenbar durch einen retrobulbären Tumor herausgedrängt. Der Visus ist aufgehoben durch Atrophie des Optikus, es besteht Nystagmus horizontalis. Die Geschwulst ist ein vom Periost der Schädelknochen ausgehendes, nicht besonders stark grün gefärbtes Chlorom. Außer dem Milztumor kann nur die Blutuntersuchung auf die Diagnose führen, und zwar ergeben die gewöhnlichen Methoden nichts Besonderes: 65% Hämoglobin, 3800000 rote, 5000 weiße Blutkörperchen. Doch zeigt die Analyse des Blutbildes, daß 25% polymorphkernige, 12% Lymphozyten, 5% Mononukleäre vorhanden sind neben nicht weniger als 58% Myeloblasten. Die Diagnose lautet daher auf das seltene myeloblastische Chlorom, das sehr bösartig ist, obwohl das Allgemeinbefinden nur wenig, und zwar durch Schmerzen in der Geschwulst, gestört ist. Noch schwerer wird die Diagnose, wenn die Grünfärbung ganz fehlt, wenn weder Milz- noch Drüsenschwellung vorhanden ist oder wenn die Geschwulst, was vorkommt, in der Mamma sitzt.

Diskussion. Mosse: Der von ihm und Senator vor 6 Jahren an gleicher Stelle demonstrierte Fall wäre als myeloide Pseudoleukämie zu bezeichnen. Doch lehnt Mosse diese spezialisierten Bezeichnungen ab und erinnert daran, daß noch vor kurzem Hirschfeld erklärte, Myeloblasten von Lymphoblasten nicht unterscheiden zu können. — Hirschfeld (Schlußwort): Durch die Fortschritte der letzten Jahre ist es möglich geworden, diese beiden Zellarten mit völliger Schärfe voneinander zu unterscheiden.

Axhausen: **Knochentransplantation.** Bei einem tuberkulösen Knaben, dessen linker Arm infolge einer Schultergelenksresektion mit Schlottergelenkbildung unbrauchbar geworden war, hatte an dem rechten Handgelenk sich infolge einer Radiusresektion eine Klumphand herausgebildet. Radiuskopf nebst Epiphysenknorpel waren zugrunde gegangen bis auf kümmerliche Reste. Patient wurde vor 2 Jahren operiert und hat heute eine gebrauchsfähige Hand. Dazu war nötig die Ausgleichung der verschiedenen Länge beider Vorderarmknochen durch Resektion eines Stückes der Ulnadiaphyse, ferner aber und vor allem eine

Ausgleichung des Knochenwachstums von Radius und Ulna. Letzteres war nur möglich durch Verpflanzung funktionstüchtigen Epiphysenknorpels. Diese Aufgabe wurde gelöst durch zweizeitige Verlagerung eines Spaltstücks der Ulna samt Epiphysenknorpel in den Verlauf des Radius. Die einzige Störung bestand in der Bildung einer Pseudoarthrose, welche durch Apposition einer transplantierten Knochenspange leicht überwunden wurde.

(Vereinigte ärztliche Gesellschaften, Berlin, 2. April 1915.)

M. Rothmann: **Demonstration zu den Zwangsbewegungen des Kindesalters.** Zuerst wird ein 7jähriges Kind mit dem ausgeprägten Symptomenkomplex der doppelseitigen Athetose demonstriert. Das Kind, das jüngste von 11 Geschwistern, von denen 7 gesund am Leben sind, war von Geburt an am ganzen Körper völlig schlaff und haltlos, konnte jedoch saugen. Vom 2. Jahr an traten zugleich mit Besserung des Muskeltonus starke Zwangsbewegungen auf, die bis jetzt anhalten. Das Kind lernte niemals stehen, laufen und greifen. Kaubewegungen und Sprache fehlten vollkommen. Auch gegenwärtig kann der Kopf noch nicht fest gehalten werden; die Augenbewegungen und die Mimik des Gesichts (Lachen, Weinen) sind erhalten. Mit der Zunge, die nicht weit herausgestreckt werden kann, vermag das Kind Nahrung aufzulecken bei nur schwacher Andeutung von Kaubewegungen. Kein abnormer Freß-, Gaumen- oder Lippenreflex. Zwangsweise grimassierende Bewegungen des Gesichts treten häufig auf. Sprache fehlt vollkommen; es finden sich nur minimale Andeutungen von Phonation. An den Armen und Beinen besteht ausgeprägter Spasmus mobilis neben umfangreichen athetoiden Zwangsbewegungen. An den Armen treten nur schwache Andeutungen von Willkürbewegungen ohne jeden greifbaren Effekt hervor, bei deutlicher Verstärkung der Athetose. Beide Beine zeigen Pes equino-varus. Aufgestellt macht das Kind schwache Gehbewegungen. Die Rückenmuskulatur ist stark atonisch; aufgesetzt sinkt das Kind unter starker Kyphose der Wirbelsäule in sich zusammen. An den Füßen Andeutung von Babinski. Wie weitgehend die Intelligenz des Kindes erhalten ist, läßt sich nur aus Augen- und Kopfbewegungen erschließen. Es besteht ein ausgeprägtes Wortverständnis. Bei der Demonstration des Kindes weist Vortr. auf die anatomischen Befunde am Corpus striatum, vor allem am Linsenkern, hin, wie sie von Anton, Oppenheim-Vogt und von Fischer bei der doppelseitigen Athetose nachgewiesen worden sind. — Im Anschluß daran berichtet Vortr. über einen einschlägigen Fall eines 12jährigen Mädchens, das er in den Jahren 1899—1900 bis zum Tode beobachten konnte. Hier handelte es sich um ein anfangs anscheinend normales Kind, das nur langsam laufen und sprechen lernte. Erst vom 6. Lebensjahre an entwickelten sich spastische Zustände an den Extremitäten mit choreatisch-athetotischen Bewegungen; spastische Zustände an den Extremitäten mit choreatisch-athetotischen Bewegungen; doch lernte das Kind noch lesen, schreiben und rechnen. Erst vom 10. Lebensjahr an verschlimmerte sich der Zustand andauernd, die Zwangsbewegungen, die auch auf Gesichts- und Schlundmuskulatur übergriffen, verstärkten sich derart, daß sie jede brauchbare Willkürbewegung sowohl in den Extremitäten als auch in der Sprachmuskulatur fast unmöglich machten. Nur im zusammengekauerten Zustande fand das Kind noch bisweilen Ruhe. Interessant war das Aufhören der Zwangsbewegungen unter Wiederauftreten leidlicher Willkürbewegungen und verständlicher Sprache bei leichtem Anchloroformieren. Exitus in schwer besinnungslosem Zustande. Am Gehirn fiel makroskopisch bereits eine eigentümlich dunkle Verfärbung und Schrumpfung des Globus pallidus des Linsenkerns beiderseits auf. Die Hirnrinde erwies sich als intakt. Vortr. demonstriert mikroskopische Weigert-Präparate der großen Ganglien, auf denen zahlreiche sklerotische Herde mit reichlicher Gefäßneubildung im Gebiet des Globus pallidus bei intaktem Putamen und Nucleus caudatus sichtbar sind. — Da wiederholt auch Mikrogyrie der Großhinrinde als Ursache dieser Zwangsbewegungen angesprochen worden ist, demonstriert Vortr. das Gehirn eines 9jährigen Mädchens mit ausgedehnter Mikrogyrie der Großhirnwindungen, das intra vitam nur Unvermögen des Lesens und Schreibens bei sonst intakten Bewegungen gezeigt hat.

(Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 10. April 1915. Neurol. Zbl. 1915 Nr. 12.)

Theodor Cohn: **Ein Fall von offen gebliebenem Harnstrang, Urachus persistens.** Ein 29jähriger Mann gibt an, daß nach mehrwöchiger angestrengter

Arbeit sich am Nabel eine Hervorwölbung gezeigt habe; sie begann allmählich zu nässen, besonders stark nach einem Sturze mit dem Pferde. Die Untersuchung der austretenden Flüssigkeit ergab Harn, die Sondierung einen feinen Kanal, welcher einige Zentimeter weit nach der Harnblase zu verlief. Die Ableuchtung der Blase ergab eine gewöhnliche Schleimhaut, an der Vorderfläche, nahe der Kuppe, eine grobe Querfalte. Das Röntgenbild der mit 15% Kollargol gefüllten Blase ließ eine eigentümliche Formveränderung erkennen, eine birnenförmige Verlängerung der Kuppe bis zum Nabel, auf dem herumgereichten Diapositiv deutlich zu sehen. Auf Befragen gibt der Kranke an, daß er als Neugeborener viele Monate an nässendem Nabel gelitten habe, der durch Beizen zur Eintrocknung gebracht worden sei. Die Gestalt der Blase und das Austreten von Harn aus der Öffnung am Nabel beweisen, daß hier ein offen gebliebener Harnstrang vorliegt. Vortr. bespricht kurz die Entwicklung der abführenden Harnwege aus der Allantois. Die hier vorliegende Hemmungsbildung ist zurückzuführen auf Verklebungen während der Entwicklung des Sinus urogenitalis in der Urethra. 90% aller Fälle kommen bei Männern vor, weil die Entwicklung der Harnröhre hier mehr Veranlassung zu Verklebungen gibt als bei der Frau. Luschka fand, daß die Plica umbilicalis media fast immer noch die Andeutung eines Kanals enthält. So erklärt sich das Auftreten des Urachus persistens im späteren Alter, bei Strikturen der Harnröhre durch Gonorrhoe oder Harnstauung bei Prostatikern. Der Urachus kann auch als abgeschnürter Rest oberhalb der Blase sich zur Zyste entwickeln. Lichtheim beobachtete Ektopie eines solchen Urachusabschnittes. In leichten Fällen bringt ein Kompressionsverband den nässenden Nabel zur Heilung, in späteren Jahren ein Verweilkatheter. Dauernder Erfolg wird nur erreicht durch chirurgische Behandlung: Bloßlegung des Harnstranges bis zur Blase. Abklemmung und Abtragung des Teiles zwischen Nabel und Blasenkuppe, Vernähung der Blase.

(Verein für wissensch. Heilkunde, Königsberg i. Pr., 8. März 1915.)

Fahr: **Postdiphtherische Hirnalteration.** In beiden Fällen — einmal waren am 2., einmal am 3. Krankheitstage 6000 I.-E. Diphtherieheilserum injiziert worden — klangen die lokalen Erscheinungen im Rachen rasch ab, dafür entwickelten sich in beiden Fällen sehr rasch schwere Herzstörungen mit starker Dilatation des linken Ventrikels und ausgedehnter wandständiger Thrombenbildung daselbst. Von hier in den großen Kreislauf eingeschleppte Emboli bewirkten in dem einen Fall einen Verschluß der A. basilaris, ein Ereignis, das plötzlich auftretende Spasmen, eine Lähmung des linken Beins und einige Stunden später den Tod herbeiführte; in dem anderen Fall kam es durch Embolisierung kleinerer Äste anatomisch zu Erweichungsherden in den linksseitigen großen Ganglien, klinisch zu einer Lähmung der rechten Körperhälfte. Der Tod stellte sich hier 3 Wochen später unter zunehmender Herzinsuffizienz ein. Die Lähmungen blieben bis zum Tode bestehen.

(Ärztl. Verein Hamburg, 23. März 1915.)

Feer: **Ein Fall von angeborenem Turmschädel mit merkwürdigen Nebensymptomen.** Der $3^3/_4$ Jahre alte Knabe bot schon nach der Geburt das gleiche Bild wie jetzt (vom Vortr. im Alter von 3 Monaten beobachtet). Ungewöhnlich hoher Turmschädel (Umfang 47 cm) mit sehr steiler Stirne. Gegend der großen Fontanelle, der Schläfen und der Warzenfortsätze stark vorgebaucht. Weitabstehende kleine Schlitzaugen mit seltenem Lidschlage. Gesicht maskenartig starr, wird nur höchst selten deutlich innerviert bei Schmerzempfindungen. (Die Muskeln des Fazialis reagieren prompt auf den elektrischen Strom.) Nase schmal, mit atrophischer Haut. Ohrmuscheln mißformt, fast ganz am Schädel angewachsen. Im Bereich des ganzen Hirnschädels, besonders an der Stirne, zahlreiche enorm erweiterte Venen, am Hinterhaupte aus deutlich fühlbaren Emissarien austretend. Zeitweise deutliche Pulsation dieser Venen, der Systole des Herzens etwas nachfolgend, offenbar als Folge der systolischen Füllung der Gehirnarterien. Gespaltene Uvula. Gehör und Sehvermögen normal. Die Augen zeigen in ihrer Bewegung, Pupillen, Hintergrunde nichts Pathologisches. Intelligenz und Sprache normal. Haut über dem Schlüsselbein sehr dünn und fettlos. Körperbau ungewöhnlich kräftig durch starke Muskeln, welche stellenweise, besonders die Strecker des Vorderarms, an den Oberschenkeln, den Waden, ausgesprochen hypertrophisch sind. Muskelkraft und Bewegungsfähigkeit sehr gut. Systolisches musikalisches Geräusch am Herzen, am deutlichsten an der Spitze.

Finger merkwürdig zugespitzt, Nasenbein stark vorspringend. Vortr. hat nie ein ähnliches Krankheitsbild gesehen, auch in der Literatur nichts Ähnliches gelesen. Die Ätiologie ist unbekannt — Wa.-R. negativ. Es handelt sich um einen Bildungsfehler, welcher hauptsächlich Systeme des Mesoderms beteiligt (Haut, Muskulatur, Herz, Blutgefäße). Die Veränderungen am Schädel sind wohl durch eine Verengerung der abführenden Venen — Sinus — an der Schädelbasis zu erklären. Die maskenartige Physiognomie führt sich auf eine systematische Unterdrückung der Mimik zurück, die durch Behinderung des kollateralen Venenabflusses eine Stauung im Gehirne bewirken würde und darum ganz ausgeschaltet wird. (Gesellsch. d. Ärzte in Zürich, 27. Februar 1915. — Schweiz. Corr.-Bl. 1915, Nr. 20.)

III. Therapeutische Notizen.

Zur medikamentösen Behandlung der innersekretorischen Ovarialinsuffizienz. Von Dr. Hans Bab, Assistent der Kgl. II. gynäkologischen Klinik zu München. Schon früher hat Verf. die Oophorin-Yohimbin-Lezithin-Tabletten (Fabrik Dr. Freund & Redlich, Berlin) gegen infantilistische Sterilität, genitale Hypoplasie, Atrophie und Dysfunktion, Amenorrhoe, Dys- und Oligomenorrhoe, Frigidität, gewisse Stoffwechselstörungen (z. B. Adipositas) und bestimmte innersekretorische Affektionen empfohlen. Seit 4 Jahren hat er diese Therapie fortgesetzt und den Wiedereintritt von Menstruationen, die Beseitigung dysmenorrhoischer Beschwerden und von Blutwallungen erreicht. Freilich kann diese Therapie auch fehlschlagen. Muriazithin ist übrigens dem Yohimbin völlig gleichwertig, und einer Kombination Oophorin-Muriazithin stände nichts im Wege. Die psychische Einwirkung einer kombinierten Behandlung mit Keimdrüsenextrakten und mit Aphrodisiaca ist oft verblüffend, besonders auch im allgemein seelischen Empfinden der Patienten, in ihrer Stimmung, ihrem Kraftgefühl und im Schwinden der „Nervosität". (M. Kl. 1915 Nr. 15.)

Yatren in der Oto-Rhino-Laryngologie. Von Dr. Haenlein (Berlin). „Yatren wirkt nach den vorliegenden Veröffentlichungen ziemlich bakterizid, auch nach der Tiefe zu, hat Dauerwirkung, ist unschädlich, greift die Körperzellen nicht an. Es schmeckt süßlich, ist geruchlos, fleckt nicht. Diese günstigen Eigenschaften lassen eine Verwendung des Präparats in der Oto-Rhino-Laryngologie angebracht erscheinen. Das Präparat, eine Jodverbindung des Benzolderivats, stammt aus dem Westlaboratorium Schöneberg. Verf. verwendete Yatren in Glyzerinlösung und als Pulver. Im warmen Wasser löst sich Yatren im Verhältnis von 1 : 10; in absolutem Alkohol löst es sich gar nicht, ebensowenig in Paraffinöl, es löst sich sehr gut in Glyzerin. Zum Gebrauch mit Paraffinöl muß es geschüttelt werden. Verf. benutzt Yatren bei chronischen, mäßig Eiter absondernden Mittelohreiterungen mit fehlendem Trommelfell oder mit großen Perforationen, wobei Yatren ausgiebig mit der Schleimhaut in Berührung kommen konnte. Yatren ergab gute Resultate sowohl eingeblasen wie als Yatren-Glyzerinlösung eingeträufelt. Häufig hatte Verf. den Eindruck, daß Yatren intensiver wirkte wie bei diesen Erkrankungen sonst angewendete Mittel. Nicht sehr kräftig ist die desodorierende Wirkung des Yatrens. Bei akuter und chronischer Rhinitis, bei Tonsillitis hat sich Yatren, eingeblasen, ebenfalls gut bewährt. Für Larynxaffektionen scheint ihm Mentholöl geeigneter wie Yatren-Paraffinöl. Die bisherigen Versuche mit Yatren ermutigen zur Nachprüfung bzw. zu weiteren Versuchen." (M. Kl. 1914 Nr. 18.)

Ein Beitrag zur Händedesinfektion. Von Dr. Hübler (München). Verf. wendet Afridolseife seit vielen Monaten mit bestem Erfolg in der Sprechstunde zum Selbstschutz (Händedesinfektion) an und hat sie auch bei kleineren chirurgischen Eingriffen, vor allem bei Behandlung der Furunkulose, verschiedener Akneformen und der Seborrhoe schätzen gelernt. Die Afridolseife gibt einen kräftigen, zähsteifen Schaum, den Verf. trocken so lange verreibt, bis er gänzlich in die Haut eingedrungen ist. Die Hand trägt dann quasi einen dünnen, desinfizierenden und doch geschmeidigen, dabei völlig geruchlosen Schutzüberzug, der vor Infektion schützt. Mit Wasser ist dieser sofort wieder entfernbar, ohne daß die Hände schlüpfrig bleiben. Bei gonorrhoischen Erkrankungen läßt Verf.

die Patienten die Reinigung der Hände und Genitalien stets mit Afridolseife vornehmen, außerdem möchte er noch darauf hinweisen, daß bei langen Märschen das sogenannte Wundlaufen bei korpulenten Leuten sich durch Waschungen mit Afridolseife prompt beheben läßt. Das quälende Jucken und die Entzündungserscheinungen inter pedes lassen sofort nach. Bei den zurzeit enormen Marschleistungen unserer Truppen mit unvermeidlichem Wundlaufen dürfte dieser Hinweis für die Militärärzte von Interesse sein. Es ist Verf. keine andere Seife mit gleich hoher Desinfektionskraft bekannt, die sich analoger Reizlosigkeit rühmen könnte. (D. m. W. 1915 Nr. 7.)

Bei infizierten Wunden benutzte Dr. R. Koch statt essigsaurer Tonerde Kampferwein:

Rp.	Kampfer	1	Teil
	Weingeist	1	„

wird nach und nach unter Umrühren mit

Gummischleim	3	Teile
Weißwein	45	„

versetzt.

Vor Gebrauch schütteln.

Es ist nicht hinreichend bekannt, daß der Kampfer in dieser Form ein ganz merkwürdig gutes Wundmittel ist. Die Wundränder sehen nicht wie sonst nach feuchten Verbänden blaß und gequollen aus, sondern, wenn es sich um noch vaskularisierte Haut handelt, normal gerötet, die Granulationen sind groß und frisch, die Reinigung der Wunde vollzieht sich überraschend schnell, und die schmerzstillende Wirkung wird von den Verwundeten sehr angenehm empfunden. (Ther. Mhf. März 1915.)

Erysipel behandelt mit Diphtherieserum. Von Dr. H. Koller (Winterthur). Verf. injizierte bei einem schweren Fall von bullösem Erysipel erst 3000 A.-E. des Berner Serums, 2 Tage später nochmals 1500 A.-E. Die lokalen und Allgemeinerscheinungen wurden sehr günstig beeinflußt. Da aber noch septische Erscheinungen zurückblieben, injizierte Verf. 2 Tage darauf Elektrargol Clin. 1 Ampulle, worauf das Fieber sistierte und Pat. genas. In Zukunft wird Verf. sofort der ersten Injektion von Diphtherieserum die Injektion von Elektrargol folgen lassen. (Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 25.)

IV. Neue Bücher.

Th. Ziehen: **Die Geisteskrankheiten des Kindesalters.** 1. Hälfte. Berlin 1915, Reuter & Reichard. Preis M. 6.50.

Der erfahrene Autor bietet uns hier ein Buch, das allen Kollegen hochwillkommen sein dürfte. In kurzer und klarer, aber stets fesselnder Weise behandelt er in dem vorliegenden 1. Teil die „Defektpsychosen". 184 von den 212 Seiten des — auch 25 Abbildungen enthaltenden — Buches sind den angeborenen Defektpsychosen gewidmet, und der Verf. bespricht hier alles Wissenswerte über die Ursachen, Sektionsbefunde, Symptome, Diagnose, Therapie, über die Einteilung und Varietäten der Imbezillität usw. Wer sich über dieses wichtige und interessante Gebiet genau informieren will, wird Ziehens Werk mit größtem Nutzen studieren. Grätzer.

Ferner gingen bei der Redaktion ein (Besprechung vorbehalten):

A. Fischer: Staatliche Mutterfürsorge und der Krieg (Berlin, J. Springer). Preis M. —.40.

K. Blühdorn: Biologische Untersuchungen über die Darmflora des Säuglings (Leipzig und Wien, F. Deuticke). Preis M. 1.80.

M. Vaerting: Mutterpflichten gegen die Neugeborenen (Berlin, „Concordia"). Preis M. —.75.

Schumburg: Die Geschlechtskrankheiten. 3. Aufl. („Aus Natur und Geisteswelt", Leipzig, B. G. Teubner). Preis M. 1.25.

Langstein und Rott: Der Beruf der Säuglingspflegerin (Berlin, J. Springer.) Preis M. 1.20.

Brauer: Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten, Bd. IV, H. 2 (Würzburg, C. Kabitzsch).

J. Weicksel: Das Wichtigste aus dem Gebiete der Herzkrankheiten (Leipzig, Repertorien-Verlag). Preis M. 1.20.
Sebba: Mundhygiene und Zahnpflege (Berlin, Schmidt & Buholzer).
H. Griesbach: Die Physiologie und Hygiene der Ernährung in populär-wissenschaftlicher Darstellung (Dresden, Holze & Pohl). Preis M. 1.80.
F. Zimmermann: Anomalien der Zähne und Kiefer und ihre Beziehungen zur Idiotie (Halle, C. Marhold). Preis M. 1.—.
H. Guradze: Statistik des Kleinkinderalters (Stuttgart, Enke). Preis M. 1.—.
Bericht des Kaiserin-Augusta-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche vom 1. April 1914 bis 31. März 1915.
A. Epstein: Über die Notwendigkeit des systematischen Unterrichts in der Säuglingspflege an Hebammen-Lehranstalten (Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg). Preis M. 1.50.
Langstein: Gesunde Kinder in den Spiel-, Schul- und Entwicklungsjahren (Bücherei des modernen Wissens, Leipzig, M. Hesse). Preis M. 1.35.
Friedjung, Erziehung und Eltern (Anzengruber-Verlag, Wien-Leipzig).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Das Reichsversicherungsamt hat sich nunmehr grundsätzlich dahin ausgesprochen, daß bei Zwillings- und anderen Mehrgeburten das Stillgeld mehrfach, entsprechend der Zahl der lebenden Säuglinge, zu gewähren ist.

Dresden. Durch eine Verordnung des Ministeriums des Innern wird die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten auf das Kindbettfieber ausgedehnt. Jeder Erkrankungs- und Todesfall an Kindbettfieber ist von dem behandelnden Arzt spätestens binnen 24 Stunden der Polizeibehörde des Aufenthaltsortes der Erkrankten oder des Sterbeortes mündlich oder schriftlich mit dem vorgeschriebenen Vordruck anzuzeigen. Ist kein Arzt zur Behandlung der Kranken zugezogen worden, so ist anzeigepflichtig 1. der Haushaltungsvorstand, 2. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege der Erkrankten beschäftigte Person, 3. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, 4. die Leichenfrau. Anzuzeigen sind auch solche Erkrankungs- oder Todesfälle, die sich in Kranken-, Entbindungs-, Pflege- oder anderen Anstalten ereignen. Die Polizeibehörde hat alle Anzeigen sofort nach ihrem Eingang an den Bezirksarzt weiterzugeben. Dabei hat sie ihn von den Abwehrmaßregeln zu benachrichtigen, die sie aus Anlaß des Erkrankungs- oder Todesfalles schon selbst getroffen hat oder zu treffen beabsichtigt. Geändert wird nichts an der Anzeigepflicht der Hebammen. Anzeigepflichtige, die der Anzeigepflicht zuwiderhandeln, werden mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft.

— Die Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte bei Scheidegg (Allgäu), zu der am 24. November 1912 der Grundstein gelegt wurde, ist jetzt vollendet und wird Mitte März in Betrieb genommen. Die Heilstätte ist im wesentlichen aus Mitteln der Prinzregent-Luitpold-Landesstiftung (500000 M.) erbaut; das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat 40000 M. zum Bau beigesteuert. Sie liegt in Höhe von etwa 1000 m am Bergstock des Pfänder (Bodensee), in reiner Südlage und ist durch einen Höhenrücken gegen Norden geschützt, vereinigt also alle Bedingungen für eine erfolgreiche klimatische Tuberkulosebehandlung. Die Anstalt ist für 120 Kranke bestimmt; während des Krieges wird die Hälfte des Raumes lungenkranken und an chirurgischer Tuberkulose leidenden Soldaten zur Verfügung gestellt. Neben der bayerischen Staatsregierung, die den Bau nach Kräften förderte, hat sich um sein Zustandekommen Herr Hofrat May, der seit vielen Jahren unermüdlich und höchst erfolgreich im Dienste der Tuberkulosebekämpfung tätige Vorsitzende des bayerischen Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose die größten Verdienste erworben.

(M. m. W. 1916 Nr. 9.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. Mai 1916. Nr. 5.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Sarah v. Ujj, Über interessante Fälle der Dermatitis exfoliativa neonatorum (familiäres Auftreten). (Jahrb. f. Kinderhlk. 31. S. 5.) Bei drei Neugeborenen in einer und der selben Familie bestand das Krankheitsbild der Ritterschen Dermatitis exfoliativa. Es schien, als hätte die Erkrankung bereits intrauterin begonnen und sei bei der Geburt schon in ziemlich entwickeltem Stadium gewesen. Das familiäre Auftreten und der frühzeitige Beginn wurden der Literatur zufolge bis jetzt noch nicht beobachtet. Husler (München).

R. Fischl und **E. Popper,** Beiträge zur Kenntnis der lordotischen Dispositionsalbuminurie. (Ebenda. 31. S. 31.) Es gibt keinen bestimmten Typus der „lordotischen Dispositionsalbuminurie". Alle Fälle zeigen eine Lordose, die allerdings nicht immer in die Augen springt, sondern durch eigene Methodik nachgewiesen werden muß. Das Blutbild zeigt nichts Charakteristisches. Familiäres Vorkommen häufig. Die von französischer Seite betonte Beziehung zu Tuberkulose ist abzulehnen, ebenso die zum Stat. lymph. Verff. stellen auch den inneren Zusammenhang mit anderen Befunden, wie Genua und Brachia valga, Scap. scaphoidea, vasomot. Übererregbarkeit, aden. Veget. usw., in Abrede. Die Bedeutung der Orthose wurde bisher unterschätzt, denn dieselbe Lordose, die im Stehen zu Albuminurie führt, vermag dieses des öfteren im Liegen nicht. Ferner spielen temporäre Dispositionen und anderweitige unbekannte Momente eine Rolle. Der Essigsäurekörper ist durchaus kein charakteristisches Attribut der Dispositionsalbuminurie. Es bestehen keine Gesetzmäßigkeiten in bezug auf Harnmenge und Konzentration beim Stehen, Liegen oder Hochlagerung. Eine Trennung in lordotische und orthotische Formen ist nicht angängig. Therapeutisch wird empfohlen das nach Wohrizek modifizierte Hessing-Mieder oder der Jehlesche Lordosegürtel. Husler (München).

J. Westmeyer, Der chronische Gelenkrheumatismus im Kindesalter. (Ebenda. 31. H. 69.) Kasuistische Beiträge. Therapeutisch hat einen besonders günstigen Einfluß nur die Wärme, verbunden mit konsequenter Übungstherapie: Heißluft, Schwitzbäder, danach Massage und aktuelle Bewegungen. Der Zeitpunkt für diese Therapie ist gekommen, sobald die ersten stürmischen Erscheinungen vorüber sind. Husler (München).

J. Vas, Erklärung der Entstehungsweise des Spasmus nutans beim Kinde mit Hilfe des Bedingungsreflexes. (Ebenda. 82. H. 2. 1915.) Nicht die finstere Wohnung als solche ist der Hauptgrund für das Entstehen des Sp. nut. (Raudnitz), sondern irgendein Reiz, der das Kind zwingt, seinen Kopf forciert zu innervieren, z. B. ein Spiegel, eine tickende Wanduhr u. a. Unter solchem Reiz bildet sich ein pathologischer Bedingungsreflex heraus. Husler (München).

Peter Hanssen (Kiel), Über Behandlung des chronischen Hydrozephalus der Kinder durch fortgesetzte Gehirnpunktionen. (Kind.-A. 1916 Nr. 3.) Im Jahre 1910 machte v. Bokay den Vorschlag, bei chronischem Hydrozephalus selbst jahrelang Lumbalpunktionen zu machen. Verf. hat einige Fälle zusammengestellt, um diesen Vorschlag einmal wieder in Erinnerung zu bringen. Wie aus den Krankengeschichten zu ersehen ist, bezieht sich der Vorschlag auf die lange fortgesetzte Gehirnpunktion. Nach Verf.s Ansicht kann in manchen Fällen von Hydrozephalus große Ausdauer von Arzt und Eltern noch Erfolg versprechen, wo Nichtstun Schaden anrichten könnte, der nicht wieder gut zu machen ist. Verf. führt die Punktion folgendermaßen aus: Nach dem Abrasieren eines breiten Streifens der Kopfhaut von der vorderen Haargrenze nach dem Okzipitalhöcker zieht er auf der Sagittalnaht entlang einen Strich mit Jodtinktur, um die Mittellinie deutlich zu machen. So wird es verhindert, daß man den Sinus beim Einstechen verletzen kann. Um diesen Strich herum zieht er in der Gegend der Fontanelle einen Kreis mit Jodtinktur, daß folgende Figur entsteht Φ. Er sticht dann innerhalb des Kreises, etwa einen Zentimeter von der Mittellinie entfernt, mit einer mindestens 10 cm langen, nicht zu dicken Punktionsnadel langsam tastend ein. Wenn er 1 cm tief ist, zieht er zunächst den Troikar heraus, um festzustellen, ob ein Hydrozephalus externus vorhanden ist. Dieser wird entleert. Dann geht er langsam tastend in die Tiefe, bis er in den Ventrikel hineinkommt. Die Flüssigkeit wird langsam entleert, der Zufluß ab und zu unterbrochen. Die Kanüle wird ganz langsam herausgezogen, wenn etwa 100 ccm Flüssigkeit entleert sind. In der Tiefe von 1 cm unterhalb der Haut wird noch einmal haltgemacht, dann die Kanüle langsam herausgezogen. Wenn Verf. nach wiederholten Gehirnpunktionen Erbrechen oder Krämpfe beobachtet, wechselt er mit der Lumbalpunktion ab und wiederholt die Gehirnpunktion erst nach längerem Zeitraum. Meist gibt er nebenher leicht abführende Dosen von Kalomel, besonders wenn Verdacht auf Lues besteht. Das gewonnene Punktat läßt er stets nach Wassermann untersuchen. Bei bestehender Rachitis gibt er nebenher Phosphor-Lebertran, um die Verknöcherung des Schädels anzuregen. Grätzer.

E. Buchheim, Zur Behandlung der Säuglingsfrakturen. (Aus der Orthopädischen Heilanstalt von Dr. A. Schanz in Dresden.) (D. m. W. 1915 Nr. 50.) In dieser Klinik hat sich eine Extensionsverbandmethode für Humerus- und Femurfrakturen herausgebildet, die den Vorteil besitzt, daß sie auch bei den kleinsten Säuglingen

angewandt und deshalb besonders für die Geburtsfrakturen empfohlen werden kann.

Die Hauptschwierigkeit der Extensionsbehandlung von Säuglingen beruht darin, daß ein Fixpunkt zu gewinnen ist, von dem aus die Extension ausgeübt werden kann.

Dies wird nach Schanz durch Verwendung eines Gipsbettes erreicht. In dem Gipsbett wird der kleine Patient fixiert. Ein mit dem Gipsbett verbundener Drahtbügel gibt Richtlinie und Angriffspunkt für den Streckzug.

Zur Herstellung des Gipsbettes wird der Säugling in Bauchlage gebracht, wobei zweckmäßig ein Rollkissen unter den Körper geschoben wird. Die Gipsbinden werden sodann in der Weise abgewickelt, daß die Gipslagen den Körper seitlich so weit umfassen, um nach Erhärtung des Gipsbettes das Abheben eben noch zu ermöglichen. Der an entsprechender Stelle einzulassende Drahtbügel soll widerstandsfähig, jedoch verhältnismäßig leicht biegsam sein und die gestreckte Extremität so weit überragen, daß eine Extension mittels Gummizugs bequem ausführbar ist. Das Gipsbett wird zum Vermeiden von Druckfeuchtung mit einem wasserdichten Stoff ausgekleidet.

Eine leichte, oft zu wechselnde Wattepolsterung verhütet, daß der Säugling direkt auf dem Gips ruht. Zweckmäßig wird etwas pulverisierte Borsäure zur Hautpflege auf die Watte gestreut.

Die Fixierung des Rumpfes geschieht durch Idealbinden, die Gipsbett und Leib umspannen. Die Lücke, welche sich beim Einlegen des Kindes in die Gipsbettschale zwischen den Seiten des Rumpfes und der Wand des Gipsbettes zeigt, füllt man mit einem Wattepolster.

Die Extension geschieht in der Weise, daß mittels Finckscher Klebemasse, die sich wegen ihrer Reizlosigkeit empfiehlt, ein Barchentstreifen an der fraktuierten Extremität befestigt und mit Mullbinde angewickelt wird. Am Zügel des Extensionsstreifens wird sodann ein Gummizug angebracht, der zur Umbiegungsstelle des Drahtbügels geführt wird. Dieser Gummizug braucht gar nicht sehr kräftig zu sein. Da der Drahtbügel eine gewisse Biegsamkeit haben soll, kann er leicht in diejenige Stellung gebracht werden, die die günstigste Extensionsrichtung entsprechend der Stellung des proximalen Frakturendes bei jedem einzelnen Falle bedeutet. Bei Femurfrakturen ist die Vertikalsuspension die günstigste, da diese der physiologischen Stellung des Oberschenkels beim Säugling am meisten entspricht.

Die Vorteile, welche die beschriebene Methode bietet, scheinen Verf. darin zu liegen, daß die Extensionsbehandlung auch für ganz junge Kinder anwendbar gemacht wird und daß die Kinder bei Anwendung der Extension frei transportabel bleiben. Grätzer.

Kurt Ochsenius (Chemnitz), Atropin bei Pylorospasmus. (Ebenda. 1915 Nr. 51.) Die Vorschrift, die Stolte in den Rabowschen Arzneiverordnungen gibt, lautet: Sol. Atropini 0,01 : 10,0, drei-

bis viermal täglich 1—3 Tropfen vor der Mahlzeit. 1 Tropfen einer 1‰igen wässerigen Lösung enthält durchschnittlich 0,05 mg Atropin, also mehr, als andere Autoren angaben, z. B. Ruhräh 0,03 mg drei- bis viermal täglich, und Birk, der in seinem Lehrbuch pro dosi 0,025 mg Atropin mit 0,25 mg Kokain gemischt empfiehlt.

Verf. hat bei einem Kind zuerst die Birksche Ordination gegeben ohne jeden Erfolg, dann die Stoltesche mit durchschlagendem Erfolg. Wir müssen also annehmen, daß bei der niedrigen Dosierung die spezifische Magenwirkung des Atropins, welches bekanntlich zwar die automatischen motorischen Ganglien des Auerbachschen Magenplexus unbeeinflußt läßt, dagegen die zu ihm in Beziehung tretenden fördernden Vagusendigungen lähmt und auf diese Weise eine beruhigende Wirkung auf die Magenmuskulatur und somit auf die Peristaltik ausübt, noch nicht zur Entfaltung gebracht worden ist. Ein Beweis dafür, daß die Stoltesche Atropindosis nicht zu groß ist, ist die Tatsache, daß die hemmenden Sympathikusenden nicht gelähmt werden, was sich sonst durch gesteigerte Schmerzempfindung gezeigt hätte.

Nach Verf.s Erfahrung ist es zweckmäßiger, das Atropin nicht nur vor dem Trinken zu geben, sondern die Tropfen auf die Zeit vor und nach dem Trinken und eventuell während des Trinkens zu verteilen.

Gerade durch letztere Modifikation gelang es, die schmerzhafte Peristaltik während des Trinkens zu unterdrücken, was im Interesse der Nahrungsaufnahme äußerst wünschenswert ist. Mit 3 Tropfen, also 0,15 mg Atropin, kam Verf. stets aus; aber er gab es nicht nur drei- bis viermal, sondern fünf- bzw. sechsmal = 0,75 bzw. 0,9 mg Atropin. Und ein Kind, dem die Mutter infolge eines Mißverständnisses wochenlang 8 Mahlzeiten gab (2 Nachtmahlzeiten), erhielt also im Alter von 6 Wochen achtmal 0,15 mg = 1,2 mg Atropin und vertrug dies ohne jeden Schaden (Maximaldosis für den Erwachsenen pro die = 3,0 mg).

Mit Rücksicht auf die Erweiterung der Hautgefäße durch das Atropin, eine Erscheinung, auf die man die Eltern vorbereiten muß, die aber in wenigen Tagen ausbleibt, hat Verf. jedesmal anfangs nur 1 Tropfen gegeben und ist erst allmählich zu 3 Tropfen übergegangen. Nach einiger Zeit — 2—3 Wochen — wurde dann der Versuch gemacht, die Atropinmenge einzuschränken. Grätzer.

L. Tobler (Breslau), Die Behandlung der Krämpfe im Kindesalter.[1]) (Ebenda. 1916 Nr. 4.) Zweifellos läßt sich dem Ausbruch der Spasmophilie mit Erfolg vorbeugen. Die hierzu dienlichen Maßnahmen liegen vor allem auf dem Gebiete der Diätetik. Dabei erinnern wir uns der Tatsache, daß die Spasmophilie bei Brustkindern ein äußerst seltenes Vorkommnis ist; demnach müssen wir

[1]) Diese Abhandlung dürfte die letzte gewesen sein, die der allzu früh verstorbene ausgezeichnete Pädiater verfaßt hat. Wir bringen den größten Teil der Arbeit wörtlich. D. Red.



in der natürlichen Ernährung die beste vorbeugende Maßnahme erblicken, auf die besonders in den Fällen zu dringen ist, wo belastende Heredität vorliegt. Auch im Rahmen der künstlichen Ernährung läßt sich mit Aussicht auf Erfolg Prophylaxe treiben. Hier führen die allgemeinen Regeln der Säuglingsernährung zum gewünschten Ziele; zu vermeiden ist jede Art der Überfütterung, jede Einseitigkeit der Kost und vor allem eine ausschließliche oder überwiegende Ernährung mit großen Mengen Kuhmilch. Insbesondere verabsäume man es nicht, im 2. Lebenshalbjahr frühzeitig den Übergang auf auf eine gemischte Kost einzuleiten. — Außer auf eine zweckmäßige Ernährung ist auch in der kühleren Jahreszeit für regelmäßigen Genuß frischer Luft und für möglichst ausgiebigen Zutritt von Licht und Sonne zu sorgen.

Entdeckt man — aufmerksam geworden vielleicht durch ein erstes leichtes Ziehen beim Schrei-Inspirium oder durch die auffälligeren Veränderungen beginnender Rachitis — bei einem Kinde die Stigmata der latenten Tetanie, so sind auch jetzt unverzüglich diätetische Maßnahmen einzuleiten. Ihre Tendenz geht in der vorhin angedeuteten Richtung. Da wir es meist mit Kindern jenseits der ersten Säuglingszeit zu tun haben, wird der Übergang auf Brusternährung mit Rücksicht auf äußere Schwierigkeiten meist nicht ernstlich mehr in Betracht kommen. Wir sind vielmehr auf eine Abänderung der künstlichen Kostordnung angewiesen. Dabei läßt sich kein allgemein gültiges Schema aufstellen; grundsätzlich besteht die Aufgabe in einer Richtigstellung bisher begangener Ernährungsfehler; in schwereren Fällen ist es zweckmäßig, für einige Zeit eine Überkorrektur in gegensätzlichem Sinne anzubringen („Kontrastnahrung“). Da die große Menge der Fälle von Spasmophilie unter dem Einfluß einseitiger und zu reichlich bemessener Milchkost entsteht, so ist die zumeist notwendige Maßnahme eine Reduktion der Milchmenge. Als allgemeiner Maßstab mag gelten, daß wir selbst für gesunde Kinder die Milchmenge pro Tag zweckmäßig auf $^3/_4$ Liter im 2. Lebenshalbjahr beschränken und sie im 2. Lebensjahr — statt des so häufigen Fehlers weiterer Steigerung — allmählich auf $^1/_2$ Liter sinken lassen. Auf diesen Altersstufen läßt sich der Bedarf an Nährwert meist ohne Schwierigkeit durch Kohlehydratzulagen decken. Jüngeren Kindern gibt man diese in Form eines gezuckerten Schleim- oder Mehlsuppenzusatzes zur Milch, bei älteren kann man neben oder statt dieser Maßnahme eine bis zwei vorwiegend aus Kohlehydrat bestehende Mahlzeiten in Form dickerer Suppen oder Breie geben. Etwa vom 7. Monat an läßt sich eine kleine Zulage von feinem Gemüsebrei sehr gut z. B. mit einer Grießbrühe kombinieren. Man vermeide jeden nennenswerten Salzzusatz. In der Übergangszeit ist bei fetten, pastösen Kindern eine vorübergehende leichte Unterernährung höchstens nützlich; eine solche ist bisweilen schwer zu vermeiden, weil plötzlich eingreifende Änderungen der Nahrungsmischung Störungen der Darmfunktion zur Folge haben können, welche ihrerseits erfahrungsgemäß die spasmophilen Erscheinungen ungünstig beeinflussen. Zwei Beispiele mögen unser Vorgehen veranschaulichen:

1. Ernährung bisher:	Verordnung:
6 Flaschen Vollmilch zu 200 g; 1 Kaffeelöffel gestoßener Zucker pro Flasche.	5 Mahlzeiten; 600 g Milch, 400 g Mehlsuppe (20 g Hafermehl), 20 g Zucker. Nach einigen Tagen allmählicher Übergang zur folgenden Form: 1 mal 200 g Brühe mit Grieß (später mit kleinem Gemüsezusatz), 700 g Milch, 100 g Mehlsuppe (10%ig), 10—20 g Zucker in 4 Flaschen.

2. 5/4 jähriges, pastöses, rachitisches Kind mit starkem Fazialisphänomen und elektrischer Übererregbarkeit.

Ernährung bisher:	Verordnung:
5/4 Liter Milch, gezuckert, 1 Ei, 2—3 Kakes.	(In allmählichem Übergang auf): 3 mal 200 g Milch (ohne Zucker), 1 mal Grießsuppe mit Gemüse, 1 mal Mondamin- oder Zwiebackbrei mit 150 g Milch; dazu etwas Apfelmus.

In einer kleineren Zahl von Fällen entwickelt sich der spasmophile Zustand unter einer einseitigen Mehlkost; bei solchen Patienten besteht die Aufgabe in der vorsichtigen Einführung ausreichender Milchmengen in die Kostform.

Das bisher besprochene therapeutische Vorgehen reicht nicht mehr aus, wo wir schwere manifeste Krampfsymptome zu bekämpfen haben und eine sichtbare Wirkung innerhalb weniger Stunden oder Tage verlangen müssen. Im einzelnen mag man die Energie des Vorgehens nach den besonderen Umständen des vorliegenden Falles abstufen; wir besprechen im folgenden das Verfahren, das bei gehäuft auftretenden schweren Stimmritzenkrämpfen oder beim Ausbruch eklamptischer Konvulsionen einzuhalten wäre.

In früherer Zeit hat die Vermutung intestinal entstandener krampferzeugender Gifte zu der Lehre geführt, daß die Behandlung des Krampfanfalles mit einer Leerstellung des Darmkanals zu beginnen habe; mag auch der Glaube an diese enterogene Giftwirkung inzwischen seine meisten Anhänger verloren haben, so hat sich doch das auf ihn begründete therapeutische Vorgehen gut bewährt und bis in die neueste Zeit in der Praxis gehalten. Auch die mehrfach erwähnten modernen Anschauungen über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Spasmophilie sprechen zunächst nicht gegen seine Beibehaltung. Wenn einzelne Beobachter den günstigen Einfluß der initialen Nahrungskarenz nicht bestätigt fanden und insbesondere die elektrische Übererregbarkeit während derselben zunächst etwas ansteigen sahen, so kann dies mit der Auswahl ihrer Fälle und der Art ihres Vorgehens im einzelnen zusammenhängen; man wird aber gut tun, daraus die Mahnung abzuleiten, die Methode nicht schematisch und vertrauensselig in jedem Falle anzuwenden. Im Stadium frisch manifester Krämpfe bei reichlich ernährten, fetten Kindern glauben wir auch heute noch die anfängliche Leerstellung des Darmes empfehlen zu sollen.

Wir beginnen deshalb die Behandlung mit einer rasch wirksamen Dosis von Rizinusöl und setzen für 12—24 Stunden die Nahrungszufuhr aus; als Getränk dient, wie üblich, saccharingesüßter Tee. Für die große Mehrzahl der Fälle — nämlich die unter Kuh-

milchernährung entstandenen — halten wir auch das meist geübte weitere Vorgehen für zweckentsprechend. Danach gehen wir am 2. Tage auf ein dem Alter angemessenes Quantum eines gezuckerten, ungesalzenen Körnerschleimes, am 3. auf eine etwas gehaltreichere Mehlabkochung über. In den nächstfolgenden Tagen kann die Nahrung etwa durch Einführung dickerer Suppen- oder Breimahlzeiten je nach Alter und Darmfunktion weiter angereichert werden; dabei vermeide man jeden nennenswerten Kochsalzzusatz; es ist sogar zweckmäßig, die Suppe statt mit Fleischbrühe mit einer aus Karotten bereiteten Brühe herzustellen und gesüßt zu verabreichen.[1])

Mit dem Wiederbeginn der Milchzufuhr hat es unter den meist vorliegenden Verhältnissen keine besondere Eile; je nach dem Alter und Ernährungszustand des Kindes, besonders aber je nach der Toleranz des Darmkanales für die reine Kohlehydratkost kehrt man etwas früher oder später zur Milchkost zurück. Im allgemeinen wird man nach etwa 5—8 Tagen mit kleinen, auf die Tagesration verteilten Milchmengen (100—200 g) beginnen; das Ansteigen erfolgt dann stufenweise, unter Beachtung der Latenzsymptome, indem man sich noch längere Zeit unter den für die Norm üblichen Mengen hält. Nicht selten macht man dabei die Beobachtung, daß in der ersten Zeit jede Zulage an Milch von einer Steigerung der Erregbarkeit oder von deutlichen, manifesten Symptomen gefolgt wird. Unter solchen Umständen kann man bei Kindern jenseits des 1. Lebenshalbjahres unbedenklich über einige Wochen mit milchloser Kost auskommen. Eine solche darf aber nicht ihrerseits in den Fehler unphysiologischer Einseitigkeit verfallen und nicht auf eine systematische Unterernährung hinauslaufen. Je älter das Kind ist, desto leichter läßt sich der neben den Kohlehydraten entstehende Bedarf an Eiweiß, Fett und Nährsalzen durch andere Zulagen decken. Dabei kann man, wie die Erfahrung lehrt, sich sehr wohl auch einzelner Bestandteile der Milch bedienen; wesentlich scheint nur zu sein, daß die der Milchmolke angehörigen Substanzen stark zurücktreten. Vor allem eignet sich das Milcheiweiß, im wesentlichen das Kasein der Milch, sehr gut zur Deckung des Eiweißbedarfes und zur Anreicherung der an sich unzulänglichen Kohlehydratkost. Man erhält dasselbe in der Form des Quarks oder weißen Käses im Handel oder kann ihn sich ohne große Mühe selbst herstellen.[2]) Der Quark läßt sich in Schleim durch Einrühren und Zerschütteln fein verteilen und kann Kindern, die noch ausschließlich die Flasche ge-

---

[1]) $^{1}/_{4}$ kg gereinigte, abgeschabte Karotten oder Mohrrüben werden mit $^{1}/_{2}$ Liter Wasser 1 Stunde gekocht, die Brühe abgeseiht und auf das gewünschte Volumen von 200—250 g eingekocht bzw. aufgefüllt.

[2]) Man stellt ein beliebiges Quantum Milch 24—48 Stunden — je nach der Temperatur des Raumes — zur Säuerung auf, erwärmt sodann — mit oder ohne vorheriges Abschöpfen des Rahmes — auf Trinktemperatur bis zur groben Gerinnung, seiht durch ein Tuch ab, spült mit kaltem Wasser nach und preßt den Rückstand ab. — Statt des eigentlichen Quarkes kann man auch das durch Labung gewonnene Gerinnsel süßer, entrahmter oder voller Milch verwenden, das von Kindern meist vorgezogen wird; hierzu wird frische Milch auf Trinktemperatur erwärmt, mit Labpulver oder Pegnin versetzt und nach eingetretener Gerinnung wie oben weiter behandelt.

wöhnt sind, auf diese Weise in flüssiger Form verabreicht werden. Über die Mengenverhältnisse macht man sich am besten an Hand der zur Quarkbereitung verwendeten Milchmenge eine Vorstellung.[1]) Bequemer und im Prinzip gleichbedeutend ist die Verwendung eines fabrikmäßig hergestellten Kaseinpräparates, z. B. des Plasmons, der Nutrose oder des Larosans.[2]) Alle drei lassen sich in Schleim oder Mehlsuppe (am besten kalt) einrühren, man verwendet etwa 5—10—15 g auf 200 g Flüssigkeit. Auch mit frisch ausgepreßtem Fleischsaft und bei guter Stuhlbeschaffenheit mit einem Eigelb läßt sich eine Mehlsuppe anreichern. Älteren Kindern kann man den Weißkäse auch als Breizusatz oder auf Brotschnittchen gestrichen aus der Hand geben. Hier darf man auch vom Fleischeiweiß bereits ausgiebigeren Gebrauch machen; denn wenn wir auch in der Kost des gesunden Kindes das Fleisch im 2. und auch 3. Lebensjahre lieber noch vermissen, so machen wir doch unter pathologischen Umständen gerne davon Gebrauch. Zweifellos wird zartes, fein verkleinertes Fleisch schon recht frühzeitig gut vertragen. Besonders geeignet ist ein stark zerkochtes weißes Fleisch oder ein milder roher Schinken (besonders der sogenannte Lachsschinken). Das Fleisch wird entweder geschabt, fein gehackt oder durch die Maschine getrieben in der Menge von 2 Kaffelöffeln bis zu 1 Eßlöffel in die Suppe gerührt. Bei etwas älteren, bereits gerne kauenden Kindern kann man auch eine recht milde gewürzte, nicht allzu fette Streichwurst, auf Brotscheiben gereicht, gut gebrauchen. Hierbei wird durch die nicht unbeträchtlichen Fettmengen der Nährwert der Kost merklich gesteigert. Was bei einer vorwiegenden Mehl-Eiweißkost an Fett etwa fehlt, kann leicht der alsdann in etwas größerer Menge gereichte Lebertran ergänzen. In der Kost keines Kindes jenseits des ersten halben Jahres sollte Gemüse in irgendeiner Form fehlen. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß, besonders bei empfindlichen, jüngeren, bisher vorwiegend mit Milch gefütterten Kindern schon mäßige Mengen Gemüse selbst in feiner Breiform doch eine beträchtliche Wirkung auf die Peristaltik ausüben können, weshalb Vorsicht geboten ist. Unter solchen Bedingungen kann man z. B. mit dem Preßsaft rohen frischen Gemüses beginnen. Auch die durch Kochen von Gemüse erhaltene Brühe enthält einen Teil der wertvollen Bestandteile und kann, wie schon erwähnt, z. B. statt Fleischbrühe, zur Bereitung recht angenehm schmeckender Suppen verwendet werden. Als Übergang oder, wo solche schwerer beschaffbar sind, als Ersatz frischer Gemüse können die Friedenthalschen Gemüsepulver zur Anwendung kommen.[3]) — Neben und schon vor dem

---

[1]) Aus 1 Liter Milch erhält man 250—300 g Quark. Ebensoviel Gerinnsel ergibt sich durch Labung aus Vollmilch bei sachtem Auspressen, aus Magermilch erhält man etwa 150 g.

[2]) Nutrose (Kaseinnatrium) enthält etwa 90% Eiweiß (100 g = 2,40 M.). — Plasmon: Kaseintrockenpräparat von etwa 75% Eiweißgehalt (100 g = 0,75 M.). — Larosan: Kaseinkalziumpräparat mit 2,6% CaO (100 g = 2,00 M.). — Wir geben dem Plasmon den Vorzug, weil es sich besser auflöst, erheblich angenehmer schmeckt und billiger ist als die beiden anderen Präparate.

[3]) Am besten eignet sich das Spinat- und Karottenpulver. Man rührt das gewünschte Quantum (1/2—2 Kaffeelöffel = 2—8 g) in die Suppe ein und läßt mit dieser kurz aufkochen.

Gemüse können Preßsäfte aus frischem süßen Obst und aus Beeren gegeben werden. Daß sich auf diesen Grundlagen eine mannigfaltige auskömmliche und schmackhafte Kost kombinieren läßt, mag an den folgenden Beispielen gezeigt werden.

a) Milchfreie Kost für ein Kind von 7 Monaten.

1mal 200 g Brühe aus Karotten mit Grieß zu dicker Suppe (eventuell mit Zusatz von etwas Butter) bereitet, gesüßt; 2mal 200 g 5%ige Hafermehlsuppe mit Zusatz von je 10 g Plasmon und 10 g (Nähr-)Zucker; 2mal Haferkakao (bei Neigung zu dünnem Stuhl Eichelkakao) in Wasser mit Zucker; außerdem allenfalls 1—2 Kakes mit etwas frischem Fruchtsaft und Fettzufuhr durch Lebertran.

b) Milchfreie Kost für ein Kind von 5/4 Jahren.

Morgens: Kakao in Wasser mit eingekochtem oder eingebrocktem Zwieback.
Vormittags: Haferschleimsuppe mit 1 Eßlöffel Quark.
Mittags: Dicke Reissuppe mit 1—2 Kaffeelöffeln fein gewiegtem Kalbfleisch und feinem Gemüse.
Nachmittags: Wie morgens.
Abends: Grießbrei aus Wasser mit 10 g Butter (Einbrenne) oder mit etwas Himbeersaft versetzt, geschabter Apfel.

c) Milchfreie Kost für ein 2jähriges Kind.

Morgens: Hafergrütze (aus Haferflocken) durchgetrieben (eventuell mit etwas Butter oder Sahne).
Vormittags: Weißbrotschnittchen mit Weißkäse oder Streichwurst.
Mittags: Kartoffelbrei und Gemüse mit etwas Fleisch, Apfel oder Banane.
Nachmittags: Wasserkakao, Brot mit Marmelade.
Abends: Reis- oder Grießsuppe (eventuell mit Ei), Apfelmus oder Bratapfel.

Im Sinne einer eigentlichen Dauernahrung sind diese und ähnliche Kostformen immerhin nicht zu verstehen. Die Wiedereinführung einer gewissen Menge Milch, sei es auch nur des Quantums von 1/4—1/3 Liter, ist vielmehr für die ganzen hier in Betracht kommenden Altersstufen erwünscht und auf die Dauer nicht immer ohne Nachteil entbehrlich. Grundsätzlich muß man daran festhalten, daß nicht das eine oder andere Ernährungsschema an sich den Erfolg verbürgt; dies ist nur da der Fall, wo sowohl bezüglich der Magendarmfunktion als auch am Maßstabe des allgemeinen Ernährungserfolges sich die gewählte Kost als bekömmlich erweist.

Schon aus diesen Gründen tritt die vorwiegend auf den Kohlehydraten fußende Ernährung in den selteneren Fällen an Bedeutung zurück, wo der spasmophile Symptomenkomplex Säuglinge der ersten 6 Lebensmonate befallen hat. Je jünger der Patient und je schwerer die Erscheinungen, um so dringlicher muß hier die Möglichkeit der natürlichen Ernährung erwogen werden. Ist sie aus äußeren Gründen undurchführbar, so muß sich unser Heilplan an die vorhin aufgestellten Grundsätze anlehnen. Eine ausreichende Kohlehydraternährung ist in diesem Alter undurchführbar und unzuträglich; wir können die Milch nicht entbehren. Unter diesen Umständen ergibt sich ein brauchbarer Ausweg nicht nur in der Reduktion des Milchquantums auf ein Minimum, sondern in der vorzugsweisen Verwendung der molkefreien Milchbetsandteile. Dieses Prinzip ist in der allbekannten Eiweißmilch verwirklicht, von welcher ein Liter die Molke eines halben Liters enthält; durch Aufschwemmung des selbsthergestellten Labgerinnsels in Wasser oder Schleim läßt sich

eine beliebige „molkenreduzierte“ Milch herstellen; jedoch hüte man sich auch hier davor, für längere Dauer auf Extremen zu beharren.

(Ein zweiter Artikel folgt.) Grätzer.

K. Secher, Enteritis bei Morbilli. (Aus dem St. Johannes-Krankenhaus in Kopenhagen.) (B. kl. W. 1916 Nr. 10.) Es handelt sich um zwei Kinder von 13 und 17 Monaten, die an Morbilli erkrankten, die sich durch Exanthem, Konjunktivitis, Rhinitis und Bronchitis (bei dem einen Kind zugleich Otitis) zu erkennen geben. Diese Symptome schwinden ganz oder teilweise, und speziell spielen die Symptome von seiten der Respirationsorgane für den Verlauf der Krankheit nur eine geringe Rolle. Dagegen treten in unmittelbarem Anschluß an das Exanthem starke Durchfälle ein; bei dem einen Patienten zugleich Erbrechen. Diese Durchfälle nehmen an Intensität zu, trotzen jeglicher Behandlung und führen im Laufe von 24 und 23 Tagen zum Tode.

Es wurde bei der Sektion eine Infiltration der Schleimhaut des untersten Teiles des Ileum vorgefunden, während das Kolon frei war; außerdem starke Hyperplasie des lymphatischen Gewebes im ganzen Darmkanal, aber namentlich im untersten Teil des Ileum, dessen geschwollene Peyersche Plaques an den Zustand bei Typhus erinnerten. Die Keimzentren wiesen die ihnen charakteristischen Anzeichen von Aktivität auf im Gegensatz zu den sich in Ruhe befindenden Follikeln, an denen nicht zwei Zellenschichten zu unterscheiden sind. Die geringe Anzahl Plasmazellen stimmt mit dem akuten Verlauf des Leidens überein. Die Mesenterialdrüsen waren hyperplastisch, und die Keimzentren wiesen Anzeichen von Aktivität auf.

Während keine Beschreibungen der Mikroskopie bei Morbillienteritis vorliegen, besitzen wir solche Beschreibungen des lymphatischen Gewebes.

Alagna fand Nekrose in der Tonsilla palatina, in den Keimzentren fand er ein zellenreiches Plasmodium.

Ciaccio stellte mikroskopische Untersuchungen einer Menge Organe von 7 an Morbilli gestorbenen Patienten an. Jedoch mikroskopierte er nicht den Darm, und dieser wird nur in 5 Fällen erwähnt, wo Schwellung der Peyerschen Plaques vorlag. Nur in einem Fall fand er dasselbe Verhältnis in den Mesenterialdrüsen und ähnliches in der Milz, wie Verf. gefunden hat; in den anderen Fällen fand er diese Organe in Hypofunktion, außerdem Kernzerfall und Zerfall des Retikulum.

Die endgültige Erklärung des Verhältnisses der hier beschriebenen Enteriten zu den Morbilli kann natürlicherweise erst gegeben werden, wenn man das Virus hat nachweisen können. Es ist jedoch sicher, daß man zwei Formen von Enteritis bei Morbilli unterscheiden muß, die eine primär, auf der Wirkung des Morbillivirus selbst auf den Darm beruhend und sehr früh neben dem Exanthem im Krankheitsbild auftretend, die andere sekundär, durch Infektion durch die Bakterienflora des Darmes hervorgerufen und spät im Verlauf der Krankheit auftretend. Nach Verf.s Ansicht sind die hier geschilderten

Enteritisfälle zu den primären zu rechnen, es läßt sich jedoch selbstverständlich nicht ganz ausschließen, daß wir jedenfalls bei den länger andauernden Fällen und also auch bei den zwei tödlich verlaufenden Fällen einer sekundären Infektion gegenüberstehen, die sehr schnell stattgefunden hat, während noch Symptome der Morbillienteritis selbst vorlagen.

Es liegen verschiedene Mitteilungen über bakteriologische Untersuchung bei Morbilli vor, ohne daß man es jedoch zu einem endgültigen Resultat gebracht hat; es sind allmählich eine lange Reihe von Bakterien bei Morbillikranken nachgewiesen worden, Streptokokkus erysipel., Pneumokokkus, Bacterium coli commune usw. Loreley hebt hervor, daß das Morbilligift nur den Angriff der gefundenen Bakterien vorbereitet. Ciaccio hat in seiner oben angeführten Arbeit auch bakteriologische Untersuchungen angestellt und in den Organen einen 5—7 μ langen Bazillus nachgewiesen, spricht sich aber im übrigen mit großer Vorsicht über den etwaigen Zusammenhang mit Morbilli aus.

Auch Verf. hat in seinen 2 Fällen nach Bakterien im Darm gesucht, aber keine nachweisen können; es wurde Färbung mit Löfflers Methylenblau, Gramfärbung und Giemsafärbung angewandt.

Grätzer.

C. W. J. Westerman (Haarlem), Zur Methodik der Deckung von Schädeldefekten. (Zbl. f. Chir. 1916 Nr. 6.)

Am 5. März 1915 wurde ein 9jähriger Knabe am Kopfe getroffen von einem Holzblock, der von einer schnell rotierenden Zirkelsäge weggeschleudert worden war. Besinnungslos sank der Junge zusammen und blutete stark. Die Mutter bemühte sich, die Blutung mittels feuchter Handtücher zu stillen, als aber bei dem Verbandwechsel Hirnbröckel am Tuche klebten, wurde der Verletzte ins Krankenhaus gebracht, wo er ungefähr 1 Stunde nach dem Unfall eingeliefert wurde.

Der Knabe war bewußtlos, die Atmung war schnarchend, der Puls beschleunigt, während aus dem linken Ohr Blut hervorquoll. Oberhalb des linken Ohres war eine Rißwunde, so daß ein Haut-Muskellappen mit nach hinten liegender Basis entstanden war. Ein ungefähr 4 cm langes und 3 cm breites Knochenstück war aus dem Schädel gesprengt, ein ebenso großes Stück war aus der Dura gerissen. Die Gehirnoberfläche war verletzt.

Die Wunde wurde sorgfältig desinfiziert, zwei Knochensplitter, die in dem verletzten Gehirn steckten, wurden entfernt, die Gehirnoberfläche mittels Sublimatgaze abgetupft und daraufhin wurde eine passende Knochenplatte eingelegt. Die Kopfhaut wurde darüber fest vernäht.

Die Knochenplatte war etwas zu klein, so daß an der vorderen Grenze eine schmale Rinne zwischen Transplantat und Knochen unbedeckt war; an dieser Stelle konnte man die Pulsationen des Gehirns wahrnehmen.

Der Knabe blieb 3 Tage lang besinnungslos, dann wurde er sehr unruhig und bekam Zuckungen. Die Krämpfe traten am stärksten auf im rechten Fazialisgebiete und im rechten Arm; allmählich erholte der Verwundete sich, und endlich ließen die Konvulsionen vollständig nach. Als er nachher bei klarem Bewußtsein untersucht wurde, zeigte es sich deutlich, daß er eine motorische Aphasie hatte.

Die Wundheilung verlief ungestört; es entstand kein Hirnprolaps.

Jetzt, nach $^3/_4$ Jahren, ist der implantierte Knochen fest eingeheilt, die Pulsationen in der vorderen Rinne sind geschwunden, die Aphasie hat sich langsam zurückgebildet, aber das Sprechen kostet dem Knaben noch Mühe, und mehrsilbige Wörter vermag er noch nicht nachzusprechen. Die Muskelkraft ist normal. Der Junge hat seitdem keine Konvulsionen mehr gehabt, auch keine Kopfschmerzen, aber er zeigt eine weinerliche Stimmung.

Der Beschreibung dieses Falles möchte Verf. folgende Bemerkungen beifügen. Seit dem Jahre 1897 hat er traumatisch entstandene Defekte des knöchernen Schädels heteroplastisch mittels ausgekochtem Tierknochen gedeckt, und jedesmal ist eine vollständige feste Vereinigung mit dem Schädelknochen entstanden.

Auf Grund dieser glücklich erzielten Resultate meint Verf., daß diese Methode jeweilig in Anwendung gebracht werden sollte, ehe man sich zur Autoplastik entscheidet. Die Vorteile dieser heteroplastischen Deckung treten deutlich zutage. Die Operation findet statt während der ersten Wundreinigung, dem Verwundeten wird infolgedessen eine zweite Operation erspart, und dieser ist nicht genötigt, das Material für die Plastik aus dem eigenen Brustbein, dem Schienbein oder dem Schulterblatt zu liefern; man bedarf nicht etwa seiner Rippe mit Periost, wenn man nur Sorge trägt, die Beineinlagen sterilisiert vorrätig zu halten. Diese werden am besten präpariert aus dem Schulterblatte des Rindes und, falls sie zu dick sind, abgeschliffen und durch Auskochen sterilisiert.

Die Technik der Heteroplastik ist leicht ausführbar und erfordert wenig Zeit und keine großen Vorbereitungen.

Vom Schädeldefekt wird auf feuchtes durchsichtiges Pergamentpapier ein Abriß gemacht, die Knochenscheibe wird nach dieser Schablone mittels Säge oder Knochenschere modelliert, bei welchem Verfahren die Dahlgrensche Zange sich bewährt hat. Die Kopfwunde wird auf das genaueste desinfiziert. Die mit Blut verklebten Haare werden abgeschnitten, die Kopfhaut wird rasiert und bekommt einen Jodanstrich. Behufs exakter Reinigung wird das ganze Verletzungsgebiet breit bloßgelegt und alles entfernt, was der Infektion Vorschub leisten könnte. Eventuell mitgerissene Haare, lose Knochensplitter und Schmutzpartikel werden mit der Pinzette oder mit Gazeballen fortgeschafft. Zur endgültigen Reinigung werden die Wundränder exzidiert und die Knochenränder mit der Knochenschere abgekniffen.

Die Knochenscheibe muß fest eingesetzt werden, damit sie in kurzer Zeit vollkommen verwächst und ein knöcherner Verschluß des Defektes entsteht. Das Implantat wird allmählich durch neugebildetes Knochengewebe ersetzt, das vom Periost, der Diploë und der Dura aus sich bildet. Die primäre Deckung des traumatischen Defektes regt in intensiver Weise die Knochenregeneration an. Wird dagegen die Wunde tamponiert, dann fängt das Periost zu granulieren an und es verliert sein knochenbildendes Vermögen; es verwächst mit der Dura, und so entsteht eine fibröse Narbe.

Grätzer.

Otto Haslund, Über Parotitis syphilitica. (Aus der Abteilung C des Frederiksberg Hospitals in Kopenhagen.) (Derm. Wschr. 1916 Nr. 1.)

Der Patient ist ein 8jähriger Knabe mit Syphilis congenita, die Mutter 2 Jahre vor der Geburt des Kindes infiziert. 4 Wochen alt, wurde er in die Abteilung aufgenommen (Papulae genital., extrem., colli, faciei; Koryza), vom 28. XII. 1906 bis 4. III. 1907 mit im ganzen 7 Hg-Pflastern auf dem Rücken behandelt. 2 Monate später bekam er einen Rezidiv mit papulösem Exanthem,

weswegen er am 23. V. 1907 wieder aufgenommen wurde. Wurde bis zum 31. VII. 1907 mit 7 Pflastern und 55 Kalomelpulvern à 1 cg behandelt, worauf die syphilitischen Ercheinungen schwanden. Alsdann wurde der Patient im Heim für syphilitische Kinder „Lille Hjem" mit Kalomelpulvern als präventive Kuren im März 1908, Oktober 1908, Oktober 1909, September 1910 behandelt. Da eine Blutprobe im Juli 1911 positive Wa.-R. zeigte, wurde er alsdann mit Schmierkuren à 1 g, im ganzen 30, bis zum August behandelt. Am 29. II. 1912 kam er, 5 Jahre alt, wieder in die Abteilung. Bei der objektiven Untersuchung zeigte es sich hier, daß er in körperlicher Beziehung ein kräftig entwickelter Knabe war, der, abgesehen von einer positiven Wa.-R., kein Zeichen von Syphilis bot. In geistiger Beziehung war er dagegen besonders defekt, konnte gar nicht sprechen, sondern stieß nur unartikulierte Laute hervor, Stuhl und Harn wurden in das Bett gelassen, er war oft recht ausgelassen, sprang aus dem Bett usw. Er bekam während dieses Aufenthaltes 53 Schmierkuren und im ganzen 154 g Jodnatrium. Der geistige Zustand besserte sich während dieses Aufenthaltes gar nicht. Patient kam dann am 3. VI. 1912 wieder zu präventiver Behandlung und lag hier ununterbrochen bis zum 3. IX. 1912. Während dieses Aufenthaltes bekam er zwei Serien Schmierkuren mit einem Zwischenraum von 2 Monaten, jedesmal 30, zuerst à $1^1/_2$ g, später à 2 g. Außerdem im ganzen 68 g Jodnatrium. Bei dieser Behandlung besserte sich der mentale Zustand bedeutend, so daß er ruhiger wurde, er wurde reinlich, konnte Anrede verstehen und selbst eine verständliche Sprache sprechen. Seitdem war er beständig in Behandlung mit Zwischenräumen von 2 Monaten. Wa.-R. 23. V. 1913: 0, 0, 60, 100; 25. VIII. 1913: 20, 100; 15. XII. 1913: ÷; 24. IV. 1914: 0, 0, 0, 100; 10. VI. 1914: 60, 100 Die Behandlung war Ung. hydrag. und Jodnatrium mit steigenden Dosen. Am 22. IX. 1914, als er wieder an der Reihe war, behandelt zu werden, war Wa.-R. 30, 100. Es wurde eine harte, feste Schwellung der rechten Backe konstatiert, die, wie es sich bei der Palpation zeigte, von der Parotis herrührte, besonders vom Processus maseterieus derselben. Beim Druck auf die Schwellung kein Ausfluß des Ductus Stenonianus. Da die Schwellung trotz der Behandlung mit Schmierkuren und später mit Schmierkuren + Jodnatrium vielmehr an Wachstum zuzunehmen schien, wurde der Patient am 26. XII. 1914 zur chirurgischen Abteilung überführt, nachdem er im ganzen 49 Schmierkuren à 2 g und 39 g Jodnatrium bekommen hatte. Das Wachsen der Schwellung war von keiner Temperaturerhöhung begleitet. Nur in der letzten Zeit war sie etwas empfindlich. In der chirurgischen Abteilung wurde am 9. I. 1915 eine Inzision über der prominierenden, fluktuierenden Partie des Tumors gemacht: „Man findet einen gut begrenzten Knoten, der am Angulus maxillae liegt und aus zerfallenem Glandelgewebe besteht, ohne Suppuration, und am meisten einem in Verfall befindlichen Syphilom gleicht." Die Mikroskopie gab jedoch dem makroskopischen Fund keine weitere Stütze, indem die Beschreibung folgendermaßen lautet: „Kein Zeichen von Syphilis. Es handelt sich um eine suppurative Entzündung in älterem, fibrösem Bindegewebe mit Infiltration in der benachbarten Muskulatur und dem Glandelgewebe. Kein Anzeichen von Tuberkulose"; andererseits aber kann man natürlich nicht sagen, daß der histologische Befund die Diagnose Syphilis ausschließe. Der Patient wurde dann mit Drain und Verband behandelt. Eine Wa.-R. am 27. III. 1915 zeigte: 0, 0, 60, 100, worauf der Patient am 7. IV. 1915 wiederum in die Abteilung überführt wurde. Die Schwellung zeigte sich damals nicht viel kleiner als vor der Operation. Sie ist in der Tiefe adhärent, aber nicht an die Haut, ausgenommen direkt um die Inzisionsnarbe herum, in der eine Fistel mit Drain, die Schwellung ist fest, nur ganz wenig empfindlich bei tiefem Druck, nur geringes, graulich purulentes Sekret aus der Fistel, beim Versuch des Ausspülens durch diese läuft die Flüssigkeit durch den Ductus Stenonianus in den Mund hinein. Eine Sonde dringt 3 cm ein. Es wurden Ausspülen der Fistel, Epithema tepid., Schmierkuren à 2 g sowie Jodnatrium ordiniert. Am 19. IV. hat sich die Fistel geschlossen. Die Schwellung der Parotis ist völlig hart, etwas uneben an der Oberfläche, nicht empfindlich, zur Unterlage ganz unverschiebbar, streckt sich nicht weit außerhalb des Gebietes des Masseters, nicht vor das Ohr und nicht unterhalb des Kieferwinkels. Die Gl. submandibularis ist nußkerngroß. Am 26. IV. ist die Schwellung ganz flach, hat eine recht glatte Oberfläche knapp von der Größe eines Zweimarkstückes. Unter fortgesetzter Behandlung, die jedoch 3 Wochen lang unterbrochen wird,

da der Patient die Morbilli bekommt, schwindet die Schwellung, und am 7. VI. wird notiert: „Ganz unbedeutende, sehr flache Verdickung, in der Tiefe adhärent, nicht aber an das darüberliegende Gewebe, als Rest nach der Parotitis.“ Am 13. VI. wird der Patient entlassen, nachdem er im ganzen 44 Schmierkuren und 101 g Jodnatrium bekommen hatte. Wa.-R. hatte bis auf 60, 100 abgenommen.

. Wie man sieht, handelt es sich um einen kongenitalen Syphilitiker, der jedenfalls in den letzten 3—4 Jahren besonders energisch und konsequent behandelt worden ist, und da die Parotisschwellung sich zu Anfang bei der Behandlung entwickelt, ja man kann wohl fast sagen: trotz derselben, so ließen sich hierin vielleicht Anhaltspunkte finden, um an der syphilitischen Natur des Leidens überhaupt zu zweifeln. Hierzu sei nun bemerkt, daß, wenngleich man von den spätsyphilitischen Fällen in der Regel sagen kann, sie schwänden bei einer passenden spezifischen Therapie besonders schnell und leicht, dies jedoch bei weitem nicht immer der Fall ist. Jeder erfahrene Syphilidolog wird sich an solche Fälle erinnern. Als Beispiel sei nur ein Fall angeführt. Es handelte sich um einen Syphilitiker, der 14 Jahre zuvor infiziert war und in den letzten Jahren verschiedene „tertiäre“ Rezidive gehabt hatte. Er wurde nun in die Abteilung C des Frederiksberg Hospitals zur präventiven Behandlung aufgenommen. Er zeigte bei der Aufnahme nur Cicatrices, aber keine frischen syphilitischen Manifestationen. Während der Behandlung entwickelte sich ein Knoten in der Zunge, und dieser nahm zu Anfang längere Zeit beständig an Wachstum zu, so daß er sich als ein kirschengroßer, recht fester Knoten präsentierte, der in der Tiefe der Zunge saß und an der Dorsalseite derselben leicht prominierte; erst als der Patient im ganzen 35 Schmierkuren von 4 g und 4—5 g sowie 102 g Jodnatrium und 20 Dekoktkuren bekommen hatte, begann er abzunehmen, um nach andauernder Behandlung ganz zu schwinden. Und wenn von Syphilis im Glandelgewebe im allgemeinen die Rede ist, so ist zu erinnern, daß Reduktionen syphilitischer Glandelschwellungen oft eine viel längere Zeit erfordern als die syphilitischen Fälle an Haut und Schleimhäuten. Immer wieder konstatiert man nach der Vollendung der syphilitischen Erstbehandlungen, sogar nach sehr protrahierten Behandlungen und nachdem die anderen Symptome längst verschwunden sind, daß noch eine kennbare, mitunter recht bedeutende Schwellung der Gl., besonders die primäre Gl.-Schwellung andauert. Sogar nach den modernen abortiven Kuren mit Salvarsan-Hg-Behandlung, wo alles darauf deutet, daß der Patient wirklich definitiv geheilt sei, kann man derartige Erfahrungen machen. Es sind offenbar die besonderen histologischen Verhältnisse, die hier eine Rolle spielen. Was besonders die syphilitischen Speicheldrüsenschwellungen betrifft, so sieht man, daß in ein paar der vom Verf. zitierten Fälle die Behandlung nur ein relativ gutes Resultat hatte, so daß sogar in dem einen Falle später die Exstirpation der Speicheldrüse vorgenommen werden mußte. Hierzu kommt, daß sich die Wa.-R. bei diesem Patienten fast die ganze Zeit über positiv hielt, die Behandlung vermochte dieselbe nur in ganz kurzen Perioden negativ zu machen, und über die Bedeutung, die man einer positiven Wa.-R. beimessen wird, ist

man sich wohl einig, daß der Kranke, wenn sich eine solche findet, nicht geheilt ist, und daß man dann darauf vorbereitet sein muß, syphilitische Manifestationen ganz beliebig auftreten zu sehen.

Will man trotz der oben angeführten Tatsachen versuchen, eine andere Deutung des Falles zu finden, ihn als eine zufällige Komplikation eines anderen Kausalitätsursprungs, anstatt als eine Syphilis des Patienten zu betrachten, so ist der Gedanke, wenn Geschwülste ausgeschlossen werden, vor allem auf eine ganz besonders seltene Form primärer chronischer Entzündung der Speicheldrüsen zu richten, auf ein Leiden, dessen Ätiologie noch ganz unbekannt ist. Es wird als eine recht langsam wachsende, häufig indolente Schwellung der betreffenden Drüse mit ausgeprägter Neigung zu Adhärenzbildungen an die Umgebung beschrieben. Klinisch läßt es sich daher in vielen Fällen kaum von den malignen Tumoren unterscheiden. Mikroskopisch zeigt es sich als eine chronische interstitielle, diffus ausgebreitete Entzündung mit frischeren Foci, der Form nach Granulationsgewebe und Rundzellanhäufungen, man findet aber keine der bei den spezifischen Entzündungen (Syphilis und Tuberkulose) besonders hervortretenden histologischen Charakteristika. Das Leiden ist, wie angegeben, sehr selten. Im ganzen sind wohl etwa 10 Fälle beschrieben, die meisten von Küttner. Es wird angegeben, daß das Leiden mit Syphilis oder Tuberkulose nichts zu tun habe, leider aber vermißt man die serologische Untersuchung bei den meisten der Fälle (wenn nicht bei allen), da die meisten aus der Zeit vor Wassermanns Entdeckung stammen. Drei Fälle dieser Krankheit sind von dänischen Verfassern beschrieben, zwei von Lendorf, einer von v. Thun. Lendorfs erster Fall hatte gut 2 Monate gedauert, die vorgenommene Probeexzision zeigte (Scheel) rundzellinfiltriertes Bindegewebe, das das Drüsengewebe auseinandergesprengt hatte, so daß im ganzen nur wenig Drüsenelemente vorhanden waren. Die Schwellung schwand bei der Behandlung mit Jodkalium. Lendorfs zweiter Fall hatte 2 Jahre bestanden, es wurde eine Totalexstirpation vorgenommen. Mikroskopie: „Parotisgewebe mit starker Rundzellinfiltration und Neubildung des Bindegewebes, an keiner Stelle Zeichen von spezifischer Entzündung oder maligner Neubildung."

Grätzer.

F. Reiche (Hamburg), Bemerkungen zur Serumtherapie der Diphtherie.[1]) (M. Kl. 1916 Nr. 7.) In Hamburg herrscht seit 1909 eine schwere Diphtherieepidemie. Sie erweist sich als solche durch ihren Umfang, denn während in den voraufgegangenen fast $1^1/_2$ Jahrzehnten einer verhältnismäßig tiefen Senkung der großen Jahrhundertkurve dieser Infektionskrankheit der jährliche Durchschnitt 1403 Erkrankungen betrug, hatten wir 1909—1914 im Mittel 4384 pro anno; dem tiefsten Stande von 1045 Krankheitsmeldungen im Jahre 1896 steht 1911 mit 5839 gegenüber. Und wie die Extensität der Diphtherie, so nahm ihre Intensität wieder zu und erinnerte an die Erfahrungen aus dem Anfange der 90er Jahre. Die schweren Verlaufsbilder mit ausgedehnten lokalen Nekrosen in Fauces, Nase

[1]) Der Wichtigkeit des Themas wegen vollständig wiedergegeben. (Ref.)

und Mund, mit glasigem Ödem der den Belägen benachbarten Rachenschleimhaut und mächtigen Schwellungen der Halslymphdrüsen und die sich anschließenden graven Erscheinungen von seiten des Herzens, der Nieren und der peripheren Nerven häuften sich aufs neue und eine in dem vorangegangenen Zeitraume in bescheidenen Grenzen gebliebene Infektiosität der Krankheit für Ärzte und Pflegepersonal, eine Neigung zu Rezidiven und zu den seltenen sekundären, nach pathologisch-anatomischem und bakteriologischem Befunde echtdiphtherischen Komplikationen trat in hohem Maße zutage.

Um kurz einige Belege zu nennen: unter rund 1000 Sektionen sah Verf.[1]) 1909—1913 28mal ein Ergriffensein der Magen-, 11mal der Ösophagusschleimhaut von wechselnd starken, bisweilen das ganze Organ überziehenden pseudomembranösen, Löfflerbazillen beherbergenden Veränderungen, je 2mal war Duodenum und Dünndarm, 4mal das Rektum befallen; aus einem sehr viel kleineren Diphtheriematerial konnte ich aus dem Jahre 1890 3mal eine Beteiligung der Mukosa des Magens und 1mal der Speiseröhre mitteilen. Klinisch beobachteten wir zwischen Oktober 1909 und September 1913 unter 7314 Fällen 1421mal oder zu 19,4% und 863mal oder zu 11,8% ein Mitbefallensein der Nase bzw. des Kehlkopfes, 96mal (1,3%) Pseudomembranen auf Zunge und Lippen und in 51 Beobachtungen oder zu 0,7% eine Conjunctivitis diphtherica. Unter 886 Verstorbenen hatten wir 175mal, das heißt zu 19,8%, von ihnen bei 802 Kranken bis zum 15. Jahre 173mal oder in 21,6% eine hämorrhagische Diathese; 2 Patienten mit dieser ernstesten Komplikation genasen.

Auch die Mortalität hob sich wieder. Von 1895—1908 betrug sie in der Stadt Hamburg mit 1731 Todesfällen 8,8%, jetzt, zwischen 1909 und 1914, waren sie mit 2697 Sterbefällen — bei 26304 Erkrankten — 10,3%; in der schweren Epidemie zu Beginn des letzten Jahrzehntes des vorigen Jahrhunderts hatte sie auf 15,4% sich beziffert.

So kann der 1895 eingeleitete Rückgang der Sterblichkeit nicht mehr ausschließlich, wie anfänglich angenommen wurde, der mit diesem Jahre inaugurierten Serumbehandlung der Krankheit zugute geschrieben werden, denn sie hat den nicht unbeträchtlichen Wiederanstieg der Sterblichkeit nicht verhindern können, trotzdem das Antitoxin im Laufe der Zeit nicht nur in weit höheren Dosen verabreicht wurde, sondern auch seine Anwendungsweise durch Einführung der intravenösen und später der intramuskulären Injektion Verbesserungen erfuhr.

Mit dieser Erkenntnis erstand die Frage nach dem Umfange der Serumwirkung überhaupt und nach den Vorbedingungen ihrer Erfolge. Gute Vergleichsmöglichkeiten mit den Krankenhauserfahrungen der früheren Periode fehlen uns, da eine Wiederdurchsicht unserer Krankengeschichten aus jener Zeit ergab, daß die so wichtige, bei diesen oft ohne Angehörige aufkommenden Kindern schwer zu

---

[1]) F. Reiche, Seltene Komplikationen der Diphtherie. (Mitteilungen aus der Hamburger Staatskrankenanstalt 15, 2.)



erlangende Feststellung des Erkrankungstages nicht die notwendige Würdigung erfuhr, er gerade besonders in den schwersten und am raschesten letal geendeten Verlaufsformen nicht verzeichnet ist. Die einfachste Lösung durch den Vergleich je einiger Tausend während derselben Epidemie spezifisch zu behandelnder und nicht mit Serum zu spritzender Patienten ist uns des weiteren verschlossen; Verf.s früher bereits formulierte Bedenken gegen die Berechtigung eines solchen Vorgehens sind auch heute noch nicht entkräftet. So ist er gezwungen, sich das Urteil durch möglichst sorgfältige Prüfung der der üblichen Therapie unterzogenen Fälle zu bilden.

Die Ergebnisse unserer Beobachtungen aus den Jahren 1909 bis 1913 habe ich ausführlich mitgeteilt.[1]) Heute möchte ich nur auf einen Punkt eingehen: auf die Diphtherie unter Erwachsenen, wobei nach Vorbild der Medizinalstatistik des Hamburger Staates als Grenze gegen die Kinder das 15. Lebensjahr gerechnet wird. Diese gesonderte Betrachtung gewährt wichtige Aufschlüsse hinsichtlich der Epidemiologie und Therapie der Krankheit.

Die Diphtherie ist keineswegs ausschließlich eine Affektion des jugendlichen Alters: 1909—1913 standen 25,3 %, somit rund ein Viertel der Gemeldeten jenseits des 15. Jahres.

Die eingehende Hamburger amtliche Statistik beginnt mit dem Jahre 1894. In ihm betrug die Letalität unter den — es waren 662 — Erwachsenen 3,3 %, und daß hier keine ungewöhnlich niedrige Sterblichkeitsziffer vorlag, ergibt sich aus einem Blick auf die von den vorangegangenen Jahren allein vorhandenen Mortalitätsziffern: auf je 10000 Lebende in der Altersklasse von über 15 Jahren starben 1894 0,5, 1893 ebenfalls 0,5, 1892 und 1891 0,2 und 1890 0,4.

Wie in der Gesamtmenge aller Diphtheriefälle, so ging 1895 auch unter den Erwachsenen die Letalität tief herunter, um mit Ausnahme eines Jahres — 1902 — auf verhältnismäßig niedrigen Werten zu verharren. Insgesamt stand sie zwischen 1895 und 1908 mit 99 Sterbefällen unter 4877 Erkrankungen auf 2 %. Sie war demnach von 33 ‰ auf 20 ‰, das ist um 39,4 %, gesunken.

Jetzt, beim Wiederanschwellen der Diphtheriemorbidität, hatten wir 1909—1913 unter 5888 erwachsenen Diphtheriepatienten 207 tödliche Verlaufsformen, mithin wieder eine Letalität von 3,5 %.

Was so in der gesamten Stadt sich vollzog, spiegelte nahezu in gleicher Weise in den Krankenhausbeobachtungen sich wider. Verf. sah im Krankenhause Eppendorf:

1890 bis 1894 unter 461 Erwachsenen eine Sterblichkeit von 4,3 %,
1909 „ 1913 „ 2218 „ „ „ „ 3,8 %.

Das ist ein auffallend geringer Unterschied zum Vorteile des Heute, und er wird völlig verwischt, ja in sein Gegenteil verkehrt, wenn man zweierlei in Erwägung zieht: daß 1890—1894 nur 23,7 %, 1909—1913 jedoch mit 49,7 % mehr als doppelt soviel und ungefähr die Hälfte sämtlicher zur behördlichen Anmeldung gekommenen Diphtheriekranken in den Krankenhäusern verpflegt wurden, was es

[1]) F. Reiche, Die Hamburger Diphtherieepidemie 1909 bis 1914. (Ztschr. f. klin. M. 81, H. 3 u. 4.)

in sich schließt, daß früher vorwiegend die schwereren, jetzt in steigendem Maße auch leichtere Fälle in ihnen Unterkunft finden, und mehr noch, daß durch die in letzter Zeit in den Krankenanstalten ausschließlich geltende bakteriologische Entscheidung der Krankheit viele Erkrankungen der Statistik zugeführt wurden, die zwar Löfflersche Bazillen aufwiesen, aber als einfache oder follikuläre Anginen klinisch nicht dem zu Beginn der 90er Jahre diagnostisch maßgebenden Bilde der Affektion entsprachen. Wie groß die Zahl dieser nur bakteriologischen Diphtherien ist, läßt sich nicht sicher sagen, nur schätzungsweise ermessen. So waren unter jenen 2218 über 15 Jahre Zählenden aus den Jahren 1909—1913 nicht weniger als 533, bei denen Verf. von jeder Serumbehandlung Abstand nahm, weil die Rachenveränderungen ganz leichte, klinisch uncharakteristische Formen darboten, deren Geringfügigkeit schon frühzeitig im Krankheitsverlaufe offenkundig war, denn etwas über 15% dieser 533 Kranken wurden bereits am ersten, etwas mehr als 30% am zweiten Tage ihrer Affektion aufgenommen. Das sind zum weitaus größten Teile Verlaufsarten, die vor 20 und 25 Jahren nicht auf die Diphtherieabteilungen gelangten. Und sie machen fast ein Viertel der Gesamtheit aus! Ein weiteres Beispiel: im Krankenhause Barmbeck wurden 1914 und 1915 bis zum Oktober 292 Diphtheriekranke, die das 15. Lebensjahr überschritten hatten, verpflegt; 47 von diesen, das sind allein 16%, hatte Verf. von seinem Anginapavillon als Diphtheriebazillen tragende Anginen auf die Diphtheriestation verlegt, nachdem sie von den hereinsendenden und von den bei uns aufnehmenden und behandelnden Ärzten klinisch als bedeutungslose follikuläre oder einfache Mandelentzündungen erachtet waren und nur durch die unterschiedslose bakteriologische Untersuchung aller Rachenerkrankungen als der Löfflerdiphtherie zugehörig erkannt wurden. Fraglos ist diese Zahl eine noch weit größere, da manche an sich leichte Anginen vorsichtshalber gleich direkt auf die Infektionsabteilung gesandt wurden und zum Teil, nachdem draußen schon die kulturelle Untersuchung des Rachenabstrichs das Endurteil gesprochen hatte. Uns allen, die wir die Jahre vor Einführung der spezifischen Diphtheriebehandlung als Ärzte mitgemacht, ist diese Verschiebung des Krankenhausmaterials zugunsten der mildesten Formen eine geläufige Tatsache.

Aus alledem erhellt, daß die allgemeine Statistik und die Zusammenfassung und Aufrechnung der klinischen Beobachtungen, aus denen beiden im Laufe der Jahre 1895—1908 eine deutlich hervorspringende Wirksamkeit der Antitoxintherapie abgelesen und verkündet wurde, und die, in richtiger Form angewandt, schließlich doch die Frage einwandfrei und endgültig mit darzulegen haben, keine Handhabe bieten, für die Erwachsenen eine dauernde Wandlung und Verminderung der Sterblichkeit im Gegensatze zur vor-Behringschen Zeit zu studieren.

Es bleibt der Einwand offen, und er sei nicht gering geschätzt, daß die jetzige Diphtherieepidemie an sich eine erheblich malignere ist als die im Anfange der 90er Jahre, die einzige, die für die Erwachsenen zum Vergleiche zur Verfügung steht und die nach Verf.s

Erinnerung sowie nach den medizinalamtlichen Veröffentlichungen gewiß nicht zu den leichten gerechnet werden darf; denn die Letalität im Staate Hamburg in diesen 5 Jahren war 15,4% und wurde überhaupt nur in den Jahren 1884—1889 mit 15,7—17,2% (1886) übertroffen, während die Jahre 1878—1883 mit 12,4—14,9% tiefer standen. Widerlegen läßt er sich ebensowenig wie beweisen, erst aus jahrzehntelangen Überblicken ist der jeweilige Charakter der Epidemie hinsichtlich ihrer Virulenz richtig ermeßbar. Umgekehrt spricht vieles für die Vermutung, daß eine ungewöhnliche Gutartigkeit im großen epidemiologischen Verhalten der Krankheit einen Anteil an dem Sinken der Mortalität zwischen 1895 und 1908 hatte. Aber selbst zugegeben, der Genius epidemicus wäre jetzt ein sehr viel schwererer geworden, jedenfalls hat die im Laufe des letzten Jahrzehntes gegenüber 1895 und den Folgejahren beträchtlich gesteigerte Serumzuführung nicht hingereicht, die Sterblichkeit unter den Erwachsenen auf der einmal schon erreichten niedrigen Stufe zurückgedämmt zu halten. Die „brutale Wucht der Zahlen", um Baginskys Wendung noch einmal zu wiederholen, vor der sich selbst Virchows kühle Skepsis in Anerkennung der bei den mit Serum Behandelten erzielten Erfolge beugte, ist merklich abgeschwächt. In einer noch nicht beendeten ausgedehnten Epidemie sich herausstellende anderslautende Zahlenwerte drängen zu einer Revision der fast schon als unerschütterbares Theorem hingenommenen Lehren und kritischer Prüfung ihrer Grundlagen. Und da sehen wir denn, was Verf. früher schon betonte[1]), daß bei Sichtung der großen klinischen Beobachtungsreihen nur für das jugendliche Lebensalter seit Einführung der Serumtherapie eine tatsächliche, wiewohl jetzt in geringerem Grade als anfänglich sich dokumentierende und vielleicht nur zum Teil durch die gegenüber sonst sehr vermehrte Inanspruchnahme der Krankenanstalten, durch Veränderungen in ihrem Aufnahmemodus[2]) und die jetzt ausschlaggebende bakteriologische Diagnose erklärte Verminderung der Letalität sich nicht von der Hand weisen läßt. Für Erwachsene, wie gesagt, blieb sie aus.

Und das ist um so bemerkenswerter, da jene Erhöhung der Summen der einverleibten Antitoxineinheiten gerade in der Gruppe der älteren Patienten mit am schrankenlosesten erfolgte. So erhielten 1902—1906 die Fälle oberhalb des 15. Jahres im Durchschnitt 1600, 1909—1913 jedoch 3400 Einheiten.

Sodann hat eine gesonderte Besprechung des Anteils der Er-

[1]) l. c. S. 40.

[2]) In den Jahren 1890—1894 wurden beispielsweise alle Diphtheriekranken ins Krankenhaus Hamburg-Eppendorf gebracht, später bestand bis zum Herbst 1915 eine erst jetzt zu einer vollen Abteilung erweiterte Notstation von 23 Betten im Krankenhause Hamburg-St.-Georg, in der naturgemäß vorwiegend schwere Fälle zur Aufnahme kamen, seit 1914 nimmt auch das neueröffnete Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Barmbeck Diphtheriepatienten auf. Dadurch kamen Verschiebungen der Letalität zuwege. So war 1915 bis Anfang November die Letalität im Krankenhause

St. Georg	19,4%	mit	62	Todesfällen auf	320	Aufnahmen
Eppendorf	15,5%	„	134	„ „	863	„
Barmbeck	12,3%	„	83	„ „	674	„
und insgesamt . . .	15,2%	„	279	„ „	1857	„

wachsenen einen weiteren Vorteil, weil bei ihnen das für Kinder gültige Bedenken hinfällig wird, daß unsichere und falsche Angaben über den wirklichen Krankheitsbeginn und somit über den Tag, an dem das Serum injiziert wurde, mit untergelaufen sein könnten. Seit Kossels Arbeit in den Anfängen der neuen Therapie ist die durchweg, in den bunt zusammengefügten und darum am meisten anfechtbaren Sammelstatistiken und in vielen wertvolleren klinischen Einzelberichten (Ganghofner, M. Cohn, Rolleston, Reiche u. a.) bestätigte, von Behring selbst hinreichend propagierte Auffassung, daß die Sterblichkeit bei Serumbehandelten eine um so geringere war, je früher im Krankheitsverlaufe sie in ärztliche Behandlung traten und das Mittel erhielten, ein nie vernachlässigtes Gemeingut aller auf diesem Gebiete beschäftigten Ärzte gewesen.

Eins bleibt hier jedoch umstreitbar und wird vom Verf. bestritten, ob ihre wohl am nächsten liegende Deutung, der Schluß auf eine darin erkennbare hervorragende Wirkung des Serums wirklich allein zutreffend und der einzig gegebene war, das heißt, ob aus jener mit immer späterer Einleitung der spezifischen Behandlung rasch vorrückenden Mortalität tatsächlich ein „unumstößlicher Beweis" (Brauer) für ihre Güte abgeleitet werden kann. Der Statistik, der reinen Zahlenwissenschaft, ist als solcher die Erschließung ursächlicher Zusammenhänge versagt, sie vermag nur klare Tatsachen numerisch zu belegen, zu dem Zwecke von Beweisführungen verlangt sie zu alleroberst einer eindeutigen Fragestellung. In den tabellarischen Daten Kossels und der oben genannten Autoren wird die Serumzufuhr, aber gleichzeitig auch die zeitlich damit zusammenfallende Aufnahme in die Krankenhauspflege als ordnendes Moment benutzt. Es ist nicht ohne weiteres erlaubt, letztere ganz außer Rechnung zu setzen und nur auf erstere schlußfolgern zu wollen, denn erstens erfordert der Umstand, daß an jedem späteren Tage den Diphtheriestationen eine immer anders gestaltete Mischung des Krankenmaterials überwiesen wird, gebieterische Berücksichtigung, und zweitens kann bei einem Leiden wie der Diphtherie die Wohltat der allgemeinen Krankenhausfürsorge bei Patienten aus den das Spital in Krankheitsfällen aufsuchenden Bevölkerungskreisen nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die große Differenz in der Sterblichkeit der bemittelten und der ärmsten Stadtteile läßt die Wichtigkeit dieses Faktums schon zur Genüge erkennen.[1])

Hören wir demgegenüber kurz die Stimmen zweier unbedingter Verteidiger der Serumtherapie, die, weil sie in jüngster Zeit zu dieser Frage das Wort ergriffen, gleichsam die Summe der vorangegangenen Arbeit bieten. Much[2]) schreibt in seinem Lehrbuche: „Das ganze Problem der Diphtherieheilung durch Serum hat seinen Angelpunkt in der möglichst rechtzeitigen Einspritzung. Und deshalb sind auch die ablehnenden Schlußfolgerungen, die man aus einer Allgemeinstatistik zieht, unbeweisend ... Nicht nur Behring, sondern auch die namhaftesten Kliniker haben sich die Finger wund geschrieben,

---

[1]) B. kl. W. 1915, Nr. 24.
[2]) Die Immunitätswissenschaft. Würzburg, C. Kabitzsch.



daß die Serumeinspritzung nur dann wesentlichen Erfolg habe, wenn sie möglichst früh gegeben wurde. Im späteren Krankheitsverlaufe hilft das Serum nur wenig. Ein Urteil über den Wert des Serums (ganz allgemein genommen) kann also nur aus einer Statistik stammen — wenn man durchaus auf Statistiken eingeschworen ist —, die den Forderungen Behrings und der Kliniker gerecht wird. Wir werden also fragen müssen: Wie ist die Sterblichkeit bei lege artis eingespritzten Kranken, das heißt bei den in den ersten Tagen der Erkrankung behandelten?" Und Kißling[1]) äußerte sich in einer Diskussion über meine früheren, sich auf klinischen Erfahrungen gründenden Mitteilungen zur Serumfrage, trotzdem gerade sie dem Erfordernisse sorgfältigster Einteilung nach dem Zeitpunkte der Antitoxinzufuhr vollauf gerecht geworden waren: er „müsse immer wieder darauf hinweisen, daß der Angelpunkt des ganzen Problems der Diphtherieheilung mit Serum in dessen rechtzeitiger Anwendung liege und daß v. Behring und die namhaftesten Kliniker immer und immer wieder hervorgehoben und klar begründet haben, daß man vom Serum nur etwas erwarten dürfe, wenn man es möglichst früh einspritze. Es gehe demnach nicht an, den Wert der Serumbehandlung nach solchen Statistiken zu beurteilen, die alle mit Serum behandelten Fälle, also auch die, bei denen jenseits des zweiten Krankheitstages das Serum eingespritzt worden ist, einbeziehen."

Nun, eine klinische Arbeit, die zu einem ungünstigen Urteil über die Serumtherapie durch Vernachlässigung einer genauen Klassifizierung nach Erkrankungs- und Behandlungstag gelangte, war Verf. bislang in der Literatur unauffindbar, nicht minder auch einer der Aufsätze, in denen namhafteste Kliniker jenen mühereichen Aufwand an Polemik zugunsten eines ab initio anerkannten Gesetzes nötig gehabt hätten. Trotz alledem vermag Verf. dem so dezidiert und gleichartig in den Vordergrund gerückten Argument nicht zu folgen. Denn abgesehen davon, daß auch neben den nach einzelnen großen Gesichtspunkten gegliederten die zusammenfassenden Statistiken keineswegs wertlos und schon deshalb unentbehrlich sind, weil aus der Vorserumzeit uns zu Vergleichszwecken nur derartige Aufstellungen zur Verfügung stehen, ergibt sich aus dem oben Gesagten, daß die tabellarische Ordnung nach dem Termine der Injektion für jegliches Krankenhausmaterial ihre großen Bedenken hat, da dabei nicht, wie es den Anschein hat, nur das eine genannte Einteilungsprinzip die Massen zerlegt, sondern — wie schon erwähnt — vollkommen unabhängig davon ein zweites, der Eintritt in die allgemeine Krankenhauspflege, und noch ein drittes, die Auslese, die außerhalb des Krankenhauses in der Art der ihm überwiesenen Patienten statthat.

Es muß sich doch bereits in der Allgemeinstatistik, in der Gesamtheit aller Erkrankungen klar aussprechen und mancherlei sich aus ihr für oder wider den Wert des Serums ableiten lassen, wenn für einen Anteil, für die zeitig in die Behandlung Getretenen, ein Heilmoment von weittragender Bedeutung eingeführt wurde.

---

[1]) D. m. W. 1913, I.

Denn dieser Anteil ist, hier in Hamburg wenigstens, ein recht erheblicher, wo in wohlsituierten Volksschichten bei der Besorgnis vor der Diphtherie alle Halsentzündungen stets prompt zur hausärztlichen Kenntnis gelangen und wo, wie schon berichtet wurde, ein so großer und ständig steigender Bruchteil, in den letzten Jahren fast die Hälfte aller überhaupt in der Stadt an Diphtherie Erkrankten, in den Krankenanstalten zur Aufnahme kommt und unter ihnen wieder nach den Feststellungen im Krankenhause Eppendorf 13,6% am ersten und 41,8% am zweiten Krankheitstage Stehende, mithin 55,4% frühe Fälle sich befanden, welche sämtlich, von ganz leichten Verlaufsformen und seltenen bewußten Ausnahmen abgesehen, Seruminjektionen erhielten.

Von Oktober 1909 bis September 1913 wurden auf der Station des Verf.s im Krankenhause Eppendorf aufgenommen 2218 erwachsene Patienten mit Löfflerdiphtherie, von denen 84 oder 3,8% starben. 533 (siehe oben) boten ein so leichtes klinisches Bild, daß man von der spezifischen Therapie Abstand nahm.

Injiziert wurden:

am 1. Krankheitstage	136,	davon	starben	2,	das	sind	1,5%
„ 2. „	745,	„	„	19,	„	„	2,6%
„ 3. „	432,	„	„	14,	„	„	3,2%
„ 4. „	147,	„	„	19,	„	„	12,9%
„ 5. „	74,	„	„	12,	„	„	16,2%
„ 6. „	28,	„	„	4,	„	„	14,3%
„ 7. „	17,	„	„	1,	„	„	6,0%

Von den in diesen 4 Jahren am 1. Tag mit Serum Behandelten starben:

	in allen Altersklassen (6250 Fälle)	unter den über 15 Jahre Zählenden (1614 Fälle)
	%	%
	4,4	1,5
von den am 2. Tag Behandelten	6,7	2,6
„ „ „ 3. „ „	15,4	3,2
„ „ „ 4. „ „	24,4	12,9
„ „ „ 5. „ „	30,2	16,2
„ „ „ 6. „ „	31,4	14,3

Man stößt auch hier, zumal in der sämtliche Altersklassen umschließenden ersten Spalte, auf rasch immer ungünstiger werdende Heilerfolge mit jedem späteren Tag der mit der Aufnahme ins Krankenhaus eng zusammenhängenden Serumzufuhr, und auch hier beginnen die beiden ersten Tage mit besonders tiefen Werten. Finden sich wirklich nur hier die „lege artis eingespritzten“ Kranken? Verf. hegt starke Zweifel, ob dieser Schluß allein aus den niedrigen Zahlen des 1. und den gleichfalls noch niedrigen des 2. Tages abgelesen werden darf, und auch darüber, mit welchem Recht schließlich nur diese beiden Tage als Kronzeugen der Serumwirkung gelten sollen, denn das gleiche Vorwärtsschreiten der Mortalität wird nicht nur vom 1. zum 2. und vom 2. zum 3. Injektionstage angetroffen, sondern gleichmäßig weiter vom 3. Tage zum 4. und von diesem zum 5. Soll man in der Tat annehmen, daß für ein so prägnantes, geradezu gesetzmäßiges Sichheben der Sterblichkeit im Krankheits-

beginn die mit jedem weiteren Tage weniger wirksamen Serumeinspritzungen verantwortlich zu machen sind, im weiteren Verlaufe, in dem das Serum „nur wenig" helfen soll, jedoch ein andersartiges, grundsätzlich davon verschiedenes Moment, das ebenfalls die Prognose desto infauster gestaltet, je später die Patienten der Spitalsbehandlung und gleichzeitig damit der Seruminjektion teilhaftig wurden? Es liegt doch eine schwer zu begründende Willkürlichkeit darin — wenn man schon aus diesen Zahlen festeste Beweise schaffen will —, in den niedrigen Ziffern der ersten zwei Behandlungs- und Injektionstage, also in dem Abstande der Letalitätshöhe des 2. Tages von der des 3., das wichtigste Argument zugunsten des Serums zu erblicken, und weiterhin ihm dann nur eine geringe Hilfe zuzusprechen, wo dieser Abstand zwischen dem 3. und 4. Tag in der Gesamtheit aller Altersgruppen doch der gleiche und bei den Erwachsenen ein unverhältnismäßig größerer ist. Zudem verkennt dieser Standpunkt das Wesen der Diphtherie. Der Grundgedanke der nach Experimenten in vitro und in Tierversuchen ausgearbeiteten Behringschen Serumheilung der Krankheit ist die Entgiftung der aus den nekrotisierenden Schleimhautalterationen in die Blutbahn übergetretenen Toxine der Löfflerbazillen, die Wiederherstellung und Instandhaltung der gesunden Abwehrkräfte des Körpers durch deren rasche Zerstörung, ehe sie die Zellen lebenswichtiger Organe schädigten, auf die Vitalität und die Virulenz der im Rachen und seiner Nachbarschaft vegetierenden Keime hat sie nach — auch in Verf.s Beobachtungskreis — zahllosen Erfahrungen an Kranken, Rekonvaleszenten und Bazillenträgern keinen Einfluß; die Krankheit selbst aber ist in ihren schweren Ablaufsformen — und nur solche benötigen einer besonderen Therapie — ein vorschreitendes, auch über den 1. und 2. Tag hinaus, oft noch am 5. und später lokal sich ausbreitendes und an den erstbefallenen Stellen persistierendes Leiden und die von ihren spezifischen Keimen gebildeten Gifte werden kontinuierlich aus den Krankheitsherden resorbiert und erheischen dauernd Neutralisation, auch wenn selbst bei später in Behandlung tretenden Fällen die im Anfang, am 1. und 2. Krankheitstage aufgenommenen, an Körperzellen fest verankert sind und nicht mehr unschädlich gemacht werden können. Warum sollen die zu erwartenden Serumerfolge nicht auch am 3., 4., 5. und 6. Tage deshalb offenkundig sein? Verf. könnte verstehen, wenn man ihre progressiv abfallende Zahlenreihe so deuten würde, — daß man jedoch an den ersten beiden Tagen deren bestechend niedrigen Ziffern wegen haltmacht, entbehrt der Berechtigung.

Meiner Ansicht nach ist aber dem Zeitpunkte der Einleitung der allgemeinen Krankenhauspflege, um jene schon zweimal gestreiften beiden Punkte wieder aufzugreifen, und dem mit jedem späteren Krankheitstage anders und unvorteilhafter zusammengesetzten Aufnahmematerial von Beginn an das Hauptverdienst an der staffelförmig immer höher steigenden Letalität der Krankenhauspatienten zuzuweisen. Es kommen eben am 3. und 4. und ebenso am 5. und 6. Krankheitstage in der Regel nur die Fälle noch ins Spital, welche bis zu diesem jeweilig 3., 4., 5. oder späteren Tag draußen sich vor-

schreitend verschlechterten, während alle gutartigen Formen, die bis dahin die günstige Wendung in ihrer Krankheit erfuhren, der Krankenhaushilfe im allgemeinen nicht mehr bedürfen. So wird die Mischung der Patienten nach der Seite der schweren und komplizierten Verlaufsbilder und damit die Sterblichkeit eine dauernd mit jedem neuen Tage unglücklichere. In bezug hierauf ist es nun aber von besonderem Interesse, zu betonen, daß gerade unter den Erwachsenen, die jetzt die zeitweise — zwischen 1895 und 1908 — vorhandene und dem Serum zugeschriebene Verbesserung der Letalität im Vergleiche zur Vorserumzeit wieder vermissen lassen, doch eben dieser Tiefstand der Sterblichkeit am 1. Krankheits- und Injektionstage und dann bis zum 5. Tage ihr progressives Ansteigen erkennbar ist. Auch dieses ist ein gewichtiger Fingerzeig, wie wenig selbst diese niedrige Letalität am 1. Behandlungs- und Injektionstage für sich allein als beweisend für die Serumwirkung verwendet werden darf und damit daraufhin, welchen Wert auch Sammelstatistiken besitzen.

Das letzte Wort über die Bedeutung des Diphtherieantitoxins ist noch nicht gesprochen. Zweck dieser Zeilen ist, die Kritik in dieser wichtigen Frage bei Ordnung und Bewertung der klinischen Erfolge zu schärfen. Grätzer.

K. Biesalski, Meine Erfahrungen mit der Försterschen Operation bei der Littleschen Krankheit. (Ztschr. f. orth. Chir. 35. H. 1. S. 56.) Die auf Grund von 9 nach Förster operierten Fällen von Littlescher Krankheit gewonnenen Erfahrungen des Verf.s stehen im Widerspruch zu der ablehnenden Haltung, die Gaugele und Gümbel diesem Verfahren gegenüber eingenommen haben. Verf. warnt jedoch davor, das Indikationsgebiet der Försterschen Operation allzu weit auszudehnen. Bei Littlescher Krankheit ist sie jedoch durchaus am Platz im Verein mit einer planmäßig auszubauenden und zu erweiternden systematischen Übungsbehandlung. Kurt Boas.

Brindt, Ein Fall von Riesenwuchs mit Atrophie der Geschlechtsorgane. (Arch. f. klin. Chir. 103. H. 3. 1914.) Verf. berichtet über einen 7jährigen Knaben aus gesunder Familie. Schon bei der Geburt war Patient auffallend lang. Er zeigte jetzt die Größe eines 15jährigen Knaben. Der Oberkörper, besonders der Rumpf, übertraf bedeutend die unteren Extremitäten. Dagegen bestand eine Atrophie der Genitalien; Penis und Skrotum waren klein, der Testis ganz atrophisch.

Verf. nimmt mangels anderweitiger ätiologischer Momente eine Beziehung zu den innersekretorischen Drüsen (Hypophyse, Thymus, Nebennieren, Geschlechtsdrüsen) an, wofür in der Literatur einzelne analoge Beobachtungen vorliegen. Kurt Boas.

K. Motzfeldt, Zur Kasuistik des kongenitalen Hydrocephalus internus. (Frankf. Ztschr. f. Path. 16. H. 1. 1914.) Bei einem 7 Monate alten Kinde, dem im Alter von 16 Tagen eine Spina bifida sacralis operiert wurde, fand sich als Ausgangspunkt

eines starken angeborenen Hydrozephalus eine zirkumskripte Gliomatose des Kleinhirns mit Verschluß der Foramen Magendie.

Kurt Boas.

Rubner und **Laupstein,** Energie- und Stoffwechsel zweier frühgeborenen Säuglinge. (Arch. f. Anatomie u. Physiologie, Phys. Abt. 1915. H. 1. S. 39.) Die Gesamtstoffwechselversuche an zwei frühgeborenen Säuglingen ergaben im wesentlichen folgende Resultate:

Die beiden Frühgeborenen haben bei einer im allgemeinen ungünstigen kalorischen Ausnützung der Nahrung das ihnen bei der Nahrung gereichte Eiweiß sehr gut zum Aufbau ihrer Zellen verwertet. Vom energetischen Standpunkte ist die Tatsache bedeutungsvoll, daß fast der gesamte Nahrungsüberschuß zum Anwuchs verbraucht wurde. Die Wärmebildung war nicht gesteigert.

Kurt Boas.

Ticho, Über Trachombehandlung in den Schulen. (Ztschr. f. Augenhlk. 1914. Novemberheft.) Verf. berichtet über die Resultate der Trachombehandlung in den jüdischen Schulen Jerusalems. Alle zwei Monate findet eine Untersuchung sämtlicher Schulkinder statt. In einzelnen Schulen waren bis zu 27% erkrankt. Schwache, Unterernährte und Skrofulöse sind häufiger und schwerer erkrankt. Pannus gewöhnlich nur bei skrofulösen Kindern. Der Beginn des Trachoms ist sehr oft im inneren oder äußeren Augenwinkel. Selten wird Körnerbildung vermißt. Sekretion ist leicht beeinflußbar. Die Infektion erfolgt in frühester Jugend, sogar im Säuglingsalter. Die meisten frischen Erkrankungen finden sich im Alter von 5—8 Jahren. Später überwiegen Narbentrachome. Die Behandlung war erfolgreich. Angewandt wurden Abreibungen mit Sublimat 1 : 1000—2000, Salbenmassage, Knapps Rollung und Expression. Unterstützend wirkt eine gute Wohnungshygiene. Eine Isolierung der trachomkranken Kinder, vor allem in den Kleinkinderschulen, wäre sehr wünschenswert. Aufklärung über die Krankheit dürfte auch hier einen Schritt weiter bringen. Kurt Boas.

Ceelen, Zur Kenntnis der Ösophagusdiphtherie. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität in Berlin.) (Ztschr. f. klin. Med. 80. H. 5 u. 6. 1914.) Die große Seltenheit der Ösophagusdiphtherie, von welcher Verf. einen Fall mitteilt, beruht auf dem fehlenden Luftgehalt des Ösophagus, der glatten Oberfläche desselben im Gegensatz zu den vielen Winkeln und Ecken des Nasenrachenraums und der chemischen Reaktion. Die Ösophagusschleimhaut reagiert neutral, während der Diphtheriebazillus am besten auf schwach alkalischem Nährboden gedeiht. Die Diphtherie des Ösophagus bewirkte in dem Falle des Verf., daß jede Nahrungsaufnahme durch sofortiges Erbrechen nach dem Verschlucken unmöglich wurde.

Kurt Boas.

M. Simmonds, Die Nebenniere bei Syphilis congenita. (Aus dem Pathologischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg.) (Virchows Arch. 218. H. 2.) Verf. fand in zahlreichen Fällen von angeborener Syphilis eine Entzündung und

Verdickung der Nebennierenkapsel, die meistens mit Randatrophie einherging. Neben dieser Perihypernephritis luetica fand Verf. nur einmal Gummabildung, je viermal Nekroseherde bzw. entzündliche Infiltrate des Parenchyms. Kurt Boas.

Knack, Tonsillarabszeß bei Diphtherie. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 80. H. 2. 1915.) Auf 500 Fälle von Diphtherie entfielen 9 = 1,6% mit Tonsillarabszeß. Was das Vorkommen in den verschiedenen Altersstufen anbetrifft, so kam er einmal im hohen Kindesalter, zweimal bei Jugendlichen und sechsmal bei Erwachsenen vor, bei kleinen Kindern dagegen nie. Zumeist lag eine Streptokokkenmischinfektion vor. Therapeutisch wurde außer Heilserum gegurgelt. Kurt Boas.

Schiller, Zur Histologie der Antitoxinwirkung bei Diphtherie. (Ztschr. f. Immunitätsforschung. 23. H. 5. 1915.) Verf. fand, daß das Antitoxin wohl die gefäßschädigende, zur Exsudation führende, dagegen nicht die chemotaktische Toxinwirkung aufhebt. Kurt Boas.

O. v. Hovorka, Erbliche Belastung und andere den Kinderschwachsinn veranlassende Momente. (Heilpädagog. Schul- u. Elternzeitung. 1914 Nr. 10.) Bei 155 Knaben und 264 Mädchen aus der Anstalt Gugging bei Wien fanden sich im Berichtsjahr 1913 folgende ursächliche Momente für Schwachsinn angegeben:

	Knaben	Mädchen
Trunksucht in der Aszendenz	44	86
Irrsinn	18	33
Epilepsie	5	10
Krankhafte Beeinträchtigung des Nervensystems	38	69
Selbstmord	11	10
Blutsverwandtschaft der Eltern	2	6
Tuberkulose der nächsten Anverwandten	24	37
Syphilis	3	1

Im ganzen fand sich in 374 Fällen eine erbliche Belastung. Kurt Boas.

A. Dietrich, Ein Fall von sekundärer Hypoplasie des Kleinhirns. (Studien zur Pathologie der Entwicklung. 1. H. 2. S. 263. 1914.) Sektionsbefund des Kleinhirns bei einem an Sepsis infolge von Diphtherie und Scharlach zugrunde gegangenen 4jährigen Kinde. Gehirnsymptome hatten intra vitam nicht bestanden. Doch wurde seitens der Mutter Nervenschwäche und Unvermögen zu laufen angegeben. Die hauptsächlichste Veränderung am Kleinhirn war dessen zu elementare Entwicklung. Von den Hemisphären waren nur kleine Stümpfe vorhanden. Der Wurm bildete nur einen kleinen, schmalen Bogen über der vorderen Rautengrube. Mangelhaft ausgebildet war ferner die Brücke, und an der Medulla oblongata wurden bereits makroskopisch die Oliven vermißt, während die Pyramiden scharf hervortraten und der Boden des vierten Ventrikels durch seine Formveränderung schon auf eine innere Umgestaltung des verlängerten Markes hindeutete.

Der fast völlige Schwund der Olive, rechts mehr als links, also gekreuzt, gegenüber den stärker entwickelten Kleinhirnresten war

nach mikroskopischen Präparaten der auffälligste Befund. Die Nebenolive war unabhängig von der Olive und ihrem Verhältnis zum Kleinhirn. Im Zusammenhang mit dem Schwund der Olive stand die geringe Entwicklung der Fibrae arcuatae, und von den normalerweise mächtigen Corpora restiformia war nur rechts, also gekreuzt gegen die besser erhaltene Olive, eine schmale, sichelförmige, aber kompakte Fasernmasse erhalten, während links nur ein lockeres, daher blasseres Bündel geblieben war.

Es bestand weiterhin eine weitgehende Abhängigkeit der beiden Hirnabschnitte darin, daß, da der Kleinhirnstumpf rechts um eine Kleinigkeit größer erschien, auch der Wurm rechts etwas mehr entwickelt war, entsprechend die linke Olive die bessere Ausbildung bot.

Die ganze Gestaltsveränderung des Oblongataquerschnittes war hervorgerufen durch die mangelnde Ausbildung aller mit dem Kleinhirn zusammenhängender Bahnen und Kerne. Die übrigen Teile der Medulla oblongata waren durch den Schwund dieser Abschnitte in ihrer Lage verschoben.

Über die formale Genese bemerkt Verf. folgendes: Zu einem Abschluß des Spaltes wie in dem Falle von Henschen (Ztschr. f. klin. Med. LXIII) ist es nicht gekommen. Wir müssen uns vielmehr denken, daß in dem Stadium seines Bestehens Verwachsungen eintraten, die den ventrikularen Raum offen hielten, vielleicht auch durch Behinderung des Abflusses der Ventrikelflüssigkeit. Das Kleinhirn war somit wohl angelegt, blieb aber nach vorn gedrückt und konnte nur die rudimentäre Entwicklung durchmachen. Mit der allgemeinen Ausdehnung der Schädelhöhle bildete sich aus der fixierten Plica chorioidea zusammen mit den weichen Hirnhäuten der große, zarte Sack, in dessen Wand noch die Plexus chorioidei verlaufen. Er stellt also eine gewaltige Ausstülpung des vierten Ventrikels dar. Es ließ sich dabei nicht feststellen, ob die Öffnung gegen den Spinalkanal, vor allem das Foramen Magendi, vorhanden war. Ähnliches fand sich in einem Fall von Ernst.

Wir haben offenbar eine unvollständige Bildung einer Enzephalozele oder Enzephalozystozele vor uns, bei der entweder der Spalt des Schädeldaches sich später wieder geschlossen hatte oder bei der es wohl zu einer Ausstülpung der Hirnblase ohne Beteiligung der Schädeldecken gekommen war. Wenn auch in der zarten Wandung des Sackes keine medullären Elemente mehr nachzuweisen waren, so zeigt doch der Plexus chorioideus den Ursprung aus dem Dach des vierten Ventrikels an.

Die kausale Genese dieser Ausstülpung entzieht sich einer sicheren Feststellung; doch glaubt Verf., daß die beschriebenen Verwachsungen mehr für eine sekundäre Entstehung zu sprechen scheinen.

Die autogenetische Formationsperiode der beschriebenen Mißbildung ist zu einer Zeit zu suchen, zu der wohl das Kleinhirn in seinem Mittelteil angelegt war, aber die Decke des vierten Ventrikels noch an der primären Ansatzstelle haftete, so daß die Kleinhirnanlage bei der Ausdehnung des vierten Ventrikels nur in der vorderen Hälfte und innerhalb des Sackes zur Entwicklung gelangte. Verf.

verlegt diesen Zeitpunkt in den 2. Monat der Entwicklung, während die Weiterbildung des Wurmes mit Ausbildung spärlicher Querfurchen bis zu dem Zustand des 3. Monats gelangte, die Hemisphären die Furchung wie im 5. Monat erreichten. Im inneren Aufbau waren sogar die im 6. Monat entstehenden Purkinjeschen Zellen regelmäßig ausgebildet. Da das Tentorium im 4. Monat nach vorn wächst, so ist auch dessen Weiterbildung durch die abnorme Gestaltung des Rautenhirns nicht aufgehalten worden.

Im ganzen sind in der Literatur bisher nur zwei ähnliche Fälle von Ernst und Henschen beschrieben worden. Kurt Boas.

Otto Hebold, Der Tod infolge epileptischen Anfalls. (Arch. f. Psych. 55. H. 3. 1915.) Bericht über 30 Fälle von Tod im epileptischen Anfall. Bei Epileptikern ist der Tod nur selten eine innere Folge des Krampfanfalles selbst.

Als Ursache für den Tod bleibt in den wenigen Fällen, wo keine äußeren ursächlichen Umstände vorliegen, nur, wie auch bei anderen plötzlichen Todesfällen ohne erkennbare Ursache, die Annahme eines Herzschlages, eines Versagens der Herztätigkeit übrig. Sonst kommen in der allergrößten Mehrzahl Unfälle während des Anfalls in Betracht.

Verf. unterscheidet:

I. Der plötzliche Tod wird

1. durch den Anfall an sich herbeigeführt (durch Herzschwäche, Herzriß, Hirnblutung).

2. Der Kranke stirbt infolge Sturzes an der im Anfall enthaltenen Verletzung sofort (Genickbruch, Wirbelbruch, seltener bei Schädelbruch).

3. Es tritt Erstickung durch die Lage ein, die vom Anfall selbst herbeigeführt wird (bei Bauchlage im Bett, Einklemmen zwischen Gegenständen, in Gesichtslage auf dem Boden).

4. Der Kranke erstickt durch Einatmen fremder Stoffe (von Speiseresten, von Wasser beim Baden oder Fall ins Wasser) oder verbrennt bei Fall ins Feuer.

5. Im Endzustand des Anfalles, dem Zustande der Bewußtseinsstörung, kann er Selbstmord begehen.

II. Der Tod nach dem Anfall wird

6. durch den Anfall selbst durch Gehirnblutung (bei Arteriosklerose) oder durch Gehirngeschwulst herbeigeführt,

7. durch Sturz auf den Kopf im Anfall, der mit oder ohne Schädelbruch Gehirn- und Hirnhautblutungen verursacht,

8. durch Fall ins Feuer und heiße Flüssigkeiten (Verbrennen, Verbrühen),

9. durch Infektion der im Anfall erhaltenen Wunden (Tetanus traumaticus). Kurt Mendel.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

C. Tsiminakis (Athen), Die Karotidenkompression bei Epilepsie und Hysterie. (W. kl. W. 1915 Nr. 44.) Die Karotidenkompression können wir nicht bei jedem Menschen ausführen. Bei

Menschen mit reichem Fettpolster und kurzem Hals oder bei solchen mit hypertrophischen Mandeln wird die Ausführung einer genügenden Kompression fast unausführbar, denn bei diesen Individuen gehen die Karotiden so nahe am Larynx durch, daß es unmöglich wird, den Daumen darauf zu setzen. Sind wir zu der Überzeugung gekommen, daß wir die Karotidenkompression anwenden können, so führen wir sie gleichzeitig auf beiden Seiten plötzlich aus, um eine möglichst plötzliche Zirkulationsstörung in dem durch die Karotiden mit Blut versorgten Teil des Gehirnes zu erzielen.

Die Karotidenkompression führte Verf. bei 30 gesunden Individuen im Alter von 18—30 Jahren aus, aber ohne sie je über eine Minute auszudehnen. Immer hob er sofort den Daumen, sobald Bewußtlosigkeit eintrat. Bei allen Gesunden trat nach Verlauf einer gewissen Zeit, meistens nach einer halben Minute, momentane Bewußtlosigkeit ein, die sofort nach dem Aufheben des Daumens verging, wonach kein anhaltender, sondern nur ein momentaner Schwindel zurückblieb. Die Bewußtlosigkeit hatte keine Zuckungen, sondern eine völlige Erschlaffung der ganzen Muskulatur zur Folge, wobei der Kopf sofort zur Seite auf die Schultern oder nach vorn sank.

Verf. wandte dann die Karotidenkompression zur Hervorrufung von Epilepsieanfällen bei 116 größtenteils an gemeiner Epilepsie leidenden Personen an; bei 7 Fällen war es traumatische Epilepsie infolge von Kopfverletzungen. Bei den meisten an gemeiner Epilepsie leidenden Patienten zeigten die spontan auftretenden Anfälle bei einem und demselben Patienten verschiedenen Typus. Die Bewußtlosigkeit trat bei allen Epilepsiekranken schneller ein als bei den Gesunden, und zwar immer in spätestens 30 Sekunden. Der Bewußtlosigkeit folgten außer bei den Fällen, bei denen es sich um ein epileptisches Äquivalent handelte und bei denen nicht immer Krämpfe auftraten, sofort bei den einen allgemeine, bei den anderen nur Krämpfe der einen Hälfte des Körpers, bei denen die Gesichtsmuskeln bald mehr oder weniger, bald gar nicht in Mitleidenschaft gezogen wurden; die Krämpfe waren meistens Strampelbewegungen. Auf die Krämpte von 10 bis höchstens 30 bzw. 40 Sekunden Dauer folgte Bewußtseinstrübung mit dem charakteristisch starren Blick, wie er bisweilen gegen Ende der klassischen Anfälle und bei Fällen epileptischer Absenz beobachtet wird. Die Trübung dauerte ungefähr 1—5 Minuten, worauf der Patient zu sich kam und über Schwere im Kopf, Schwindel und Ermattung von verschiedener Intensität klagte, wie bei den spontan auftretenden Anfällen. Meist sagten die Patienten ungefragt, daß sie sich in demselben Zustand auch nach den spontan auftretenden Anfällen befänden.

Bei den 7 Fällen von partieller traumatischer Epilepsie, bei denen Hemiparese und bei 2 Fällen ein dauernder Krampfzustand der einen Körperhälfte mit vorhanden war, zeigten sich beim Eintritt der Bewußtlosigkeit einige Sekunden lang zunächst starke Krämpfe auf der leidenden Körperhälfte; diesen folgte ein leichter Tremor mit Ameisenlaufen und Ermüdung derselben Körperhälfte; keine Bewußtseinstrübung wurde beobachtet, nur vorübergehender

Schwindel. Die Patienten sagten aus, daß mit der Karotidenkompression und vor dem Eintritt der momentanen Bewußtlosigkeit sich Ameisenlaufen zeigte, wie während der spontan auftretenden örtlichen und großen Anfälle.

Bei den 9 Fällen, bei denen es sich um Patienten handelte, die nach Aussagen der Hausgenossen in sehr langen Zeiträumen (von 3 Monaten bis $1^1/_2$ Jahren ungefähr) von den charakteristischen großen epileptischen Anfällen bei Nacht meistens befallen wurden (bei Tage fanden sie immer ohne Aura statt), trat bei Karotidenkompression kein Anfall ein. Bei den letzten 9 Fällen zeigte sich, soviel durch Aufnahme der Anamnese der Krankheit und sonst zu erfahren war, kein anderes epileptisches Äquivalent.

Bei Hysterischen wandte Verf. das Verfahren in 42 Fällen an, auf die gleiche Weise wie bei den Epileptikern. Manche der Patienten hatten seit langer Zeit (bis zu $^1/_2$ Jahren zurück) keinen Anfall gehabt. Bei allen 42 Fällen trat ohne Ausnahme durch die Karotidenkompression der hysterische Anfall oder das Äquivalent ein, genau so wie bei den spontan auftretenden, d. h. charakteristischen Anfällen mit der charakteristischen Allgemeinermüdung und den übrigen Erscheinungen nach dem Anfall. Viele von den Patientinnen sagten nach dem Anfall ungefragt aus, daß sie anfangs das Gefühl der Aura wie beim Beginn der spontan auftretenden Anfälle gehabt und nachher sich in demselben Zustand befunden hätten, wie nach den spontan auftretenden.

Bei allen Patientinnen führte Verf. auch an anderen Stellen des Halses den Druck aus, auch in der Nähe des Durchganges der Karotiden, ohne diese selbst zu berühren, aber bei keiner trat ein Anfall ein. Ebenso drückte er auch bei allen Patientinnen auf die Ovarien, wobei er das Suggerieren zu vermeiden suchte.

Die Resultate dieser Versuche tragen hinreichend zur Diagnostik der Epilepsie und Hysterie bei. Bei der Differentialdiagnostik zwischen hysterischen und epileptischen Anfällen, zwischen epileptischen Äquivalenten und anderen Krankheiten, wie Migräne, Enuresis nocturna usw., bei denen zuweilen die Äquivalente am Tage eintreten, die großen Anfälle jedoch während der Nacht im Schlafe, ohne daß sie von der Umgebung des Patienten und von ihm selbst wahrgenommen werden, bei forensischen Fragen usw. klärt das künstliche Hervorrufen eines Anfalles die Situation.

Die durch Karotidenkompression hervorgerufenen epileptischen Anfälle haben nicht die Dauer und die Intensität der spontan bei demselben Patienten auftretenden, auch die postepileptische Bewußtseinstrübung ist gewöhnlich nicht von so langer Dauer, wie bei den spontan auftretenden, sie ist aber so charakteristisch, daß ihre diagnostische Bedeutung nicht zu verkennen ist. Grätzer.

E. Meyer (Dübendorf), Beitrag zur Kenntnis des Aktivwerdens einer latenten Tuberkulose und deren Übertragung während der Gravidität. (Schweiz. Corr.-Bl. 1916 Nr. 2.) Im Jahre 1889 erkrankte die 9jährige H. W. an einem von der Wirbelsäule ausgehenden Senkungsabszeß, der nach dreimaliger Punktion mit nachfolgender Jodoformölinjektion im Laufe von nicht

ganz 4 Monaten zur Heilung kam. Bei der ersten Punktion wurden etwa 300 ccm Eiter entleert, bei den folgenden 100 bzw. 30 ccm. Die Patientin ist hereditär nicht belastet und zeigte nach dieser Erkrankung niemals irgendwelche Zeichen von Tuberkulose, auch die Pubertätsjahre gingen ohne irgendwelche Krankheitserscheinungen vorbei.

Am 2. November 1903 kam die inzwischen verheiratete Frau nach einer im völligen Wohlbefinden verlaufenen Gravidität nieder. Der sehr kräftige, anscheinend ganz gesunde Knabe, der nach Soxhlet ernährt wurde, erkrankte im Alter von 12 Wochen an immer mehr zunehmendem Ikterus, der am 10. Februar, also im Alter von 14 Wochen, unter cholämischen Erscheinungen zum Tode führte. Die Obduktion ergab eine vollständige Kompression des Ductus choledochus durch tuberkulös erkrankte periportale Lymphdrüsen. Verf. vermutete, daß die scheinbar geheilte Tuberkulose der Mutter noch latent gewesen, durch die Gravidität wieder aktiv geworden und durch den Plazentarkreislauf auf das Kind übergegangen sei.

Kurze Zeit nachher war die Frau wieder gravid und erkrankte schon in den ersten Wochen der Gravidität an einer tuberkulösen Schwellung der Halslymphdrüsen. Gravidität und Geburt verliefen normal, das im November 1904 geborene Kind blieb gesund und ist es heute noch; die Drüsenschwellungen bei der Mutter bildeten sich schon während des Wochenbettes langsam zurück und waren nach 2 Monaten völlig verschwunden.

Im Oktober 1906 erfolgte die dritte Geburt. Während der Schwangerschaft zeigten sich bei der Frau keinerlei krankhafte Erscheinungen. Der ebenfalls kräftige, scheinbar gesunde Knabe erkrankte Mitte Dezember an immer mehr zunehmendem Ikterus, der am 4. Januar, also im Alter von 15 Wochen, den Tod des Kindes herbeiführte. Die Obduktion ergab auch diesmal wieder tuberkulöse Erkrankung der periportalen Lymphdrüsen mit Kompression des Ductus choledochus. Durch diese Beobachtung wurde Verf.s frühere Ansicht bestätigt, daß die scheinbar geheilte, aber unzweifelhaft noch latente Tuberkulose durch die Gravidität aktiv geworden sei, wie oft Verschlimmerungen tuberkulöser Prozesse während der Gravidität beobachtet werden, und daß diese aktive Tuberkulose bei der ersten und dritten Gravidität zu einer Infektion des Kindes durch den Plazentarkreislauf, bei der zweiten Gravidität aber zu einer lokalen Erkrankung der Mutter geführt habe. Die Eltern wollten nach diesen Erfahrungen vorläufig auf weitere Kinder verzichten, und Verf. konnte ihren Entschluß nur billigen. Nach Verfluß von 3 Jahren, während welcher die Frau immer gesund gewesen, trat wieder eine Gravidität ein mit völlig normalem Verlauf. Das Kind (im Februar 1911 geboren) wurde von der Mutter gestillt und ist seither wie auch seine Mutter immer gesund geblieben, so daß jetzt wohl angenommen werden kann, der tuberkulöse Prozeß bei der Mutter sei jetzt völlig ausgeheilt. Grätzer.

J. Holmgren, Experimentelle Studien über die Einwirkung von Schilddrüsenpräparaten und Antithyreoidin

auf das Wachstum bei jungen Hunden und Meerschweinchen. (Nordisk medicinsk Arkiv 1914/1915, Festschrift für Prof. Dr. J. F. Edgren.) Verf. sah bei Verfütterung von Thyreoidintabletten an gesunde junge Hunde und Meerschweinchen keinen Einfluß auf das Skelettwachstum und die Ossifikation.

Kurt Boas.

Forsheim, Zur Pathologie und Diagnostik spontaner Subarachnoidalblutungen. (Hygiea 1914 Nr. 20.) Die Erkrankung ist charakterisiert durch akuten Beginn. Klinisch verläuft sie unter dem Bilde einer Meningitis. Oft beobachtet man initiale apoplektische Insulte. Der Liquor ist blutig tingiert und eiweißfrei. Das Sediment enthält ausschließlich Blutzellen. Bei wiederholter Punktion nimmt der Blutgehalt bzw. die Zahl der Erythrozyten ab. Der Druck ist gesteigert, und zwar für längere Zeit. Dies beruht auf einer Vermehrung der Liquorsekretion und ist nicht allein von der Blutung abhängig. Auch in therapeutischer Hinsicht erweist sich die Lumbalpunktion als ein wertvolles Hilfsmittel. Sie muß jedoch wegen der andauernden Drucksteigerung des öfteren wiederholt werden. Zwei einschlägige Fälle werden ausführlich mitgeteilt.

Kurt Boas.

R. H. Major and **E. Nobel,** The glycyl-tryptophan reaction in meningitis. (Arch. of internal Medicine, September 1914.) Die Verff. stellten in 17 Fällen von Meningitis tuberculosa und 12 meningitisverdächtigen Fällen die Glycyltryptophanreaktion im Liquor cerebrospinalis an. Bei ersteren fanden sie zumeist, wenn auch nicht immer, eine positive Reaktion, selbst bei hohen Verdünnungen. Ferner wurde ermittelt, daß der proteolytische Index Schwankungen unterliegt und mit dem Fortschreiten der Erkrankung zunimmt.

Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

De la Camp: **Demonstration eines Bezoarsteins.** Derselbe wurde aus dem Magen eines 5jährigen Kindes operativ entfernt. Die klinischen Erscheinungen entsprechen vollkommen denen eines malignen Tumors. Es bestand eine sekundäre Anämie, eine Anazidität, Milchsäure war reichlich vorhanden. Auch das Röntgenbild zeigte einen großen, unscharf begrenzten Wismutdefekt. Die Diagnose konnte nur mit Hilfe der Anamnese gestellt werden, indem die Mutter des Kindes angab, daß dasselbe schon seit Jahren die Gewohnheit habe, Haare und Fäden zu essen. Die Operation ergab nun einen über faustgroßen Bezoarstein, der das ganze Magenlumen ausfüllte und noch teilweise in das Duodenum hineinragte. Der Stein war der Magenperistaltik entsprechend deutlich geformt.

Diskussion. Aschoff: Das Bemerkenswerte an dem Fall ist in der Tat das Vorwiegen der langen Fäden, welche dem ganzen Gebilde die eigentümliche Form geben, während bei gewöhnlichen Bezoaren, die ausschließlich oder vorwiegend aus Haaren bestehen, die abgerundeten, kugeligen oder walzigen Formen überwiegen, wie sie gerade auch in den Tiermägen gefunden werden.

(Freiburger med. Gesellschaft, 20. Juli 1915.)

Halberstadt: **Phimose und Blasendilatation.** Präparat eines vor 4 Wochen (4. Mai 1915) vorgestellten Falles. Es handelte sich um einen Säugling von 6 Wochen, der aus gesunder Familie stammte und der gleich nach der Entbindung sehr viel Flüssigkeit aus dem Harnapparat abgegeben haben soll. Infolge dieser Entleerung waren die Bauchdecken ganz teigig geworden. Man

konnte in der rechten Bauchseite einen nierenartigen Tumor fühlen, der kleiner wurde, sobald man einen geringen Druck ausübte und nachher Urin entleert wurde. Auf der linken Seite konnte man ebenfalls einen nierenartigen Tumor fühlen, aber ohne dieses Symptom der Entleerung auf Druck. Außerdem bestand eine geringe Phimose. Die Diagnose wurde auf eine rechtsseitige Hydronephrose gestellt. Das Kind entwickelte sich erst ganz gut, starb aber im Alter von 10 Wochen an einer Bronchopneumonie. Die Sektion, von Herrn Prof. Fraenkel in liebenswürdiger Weise ausgeführt, bestätigte die Vermutung einer Hydronephrose nicht, sondern es fand sich folgendes: Es bestand eine hochgradige Phimose, die Urethra war in ihrem Anfangsteil normal eng, erweiterte sich in der Pars prostatica und führte dann in die außerordentlich erweiterte und sehr dickwandige Blase. Von der Blase führte der ganz außerordentlich dilatierte Ureter links zu einer etwas vergrößerten Niere mit geringer Erweiterung des Beckens, rechts zu einem Rest einer Niere, an dem kaum noch etwas von einer Niere zu erkennen war. Die Ureteren hatten ungefähr den Umfang einer Dünndarmschlinge. Außer den noch in der Bauchhöhle befindlichen Hoden war als auffallender Befund die Tatsache zu konstatieren, daß nur eine Samenblase vorhanden war, die nicht an der normalen Stelle gelagert war, sondern in der Höhe der Pars prostatica der Urethra. Von dieser Samenblase aus gingen die beiden Ductus deferentes. Es handelte sich also um einen Fall von hochgradiger Phimose mit Dilatation der Harnblase, zystischer Dilatation der beiden Ureteren, linksseitiger geringer Hydronephrose und rechtsseitiger Hypoplasie der Niere und Dystopie der — einzigen — Samenblase.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 1. Juni 1915.)

Hilbert: **Prophylaxe bei Scharlach.** Die zurzeit herrschende Scharlachepidemie hat Vortr. benutzt, um die von Grawitz empfohlene prophylaktische Behandlung mit Urotropin zur Verhütung von Nephritis, welche er bereits seit Jahren mit Erfolg anwendet, an einem größeren Material nachzuprüfen. Von 402 frisch eingelieferten und in dieser Weise behandelten Fällen trat bei 18 = 4,47% Nephritis auf, die in allen Fällen günstig, in den meisten sehr leicht verlief, keinmal zu Urämie führte. Von 143 in späteren Stadien eingelieferten Kranken erkrankten 38 an Nephritis = 26,5%; werden hiervon 23 abgezogen, welche bereits bei der Einlieferung Nephritis hatten, so bleiben immerhin noch 15 = 12,5% übrig, welche ohne die Urotropinbehandlung an Nephritis erkrankten. Von den 38 Nephritiden starben 2, bei 6 trat Urämie, bei 1 eine schwere, 5 Tage anhaltende Anurie auf. Auf Grund dieser Erfahrungen rät Vortr. dringend, diese einfache und billige prophylaktische Methode in jedem Falle anzuwenden, zumal wir eine bessere bisher nicht besitzen. Er empfiehlt sofort 4 Tage hintereinander 3mal 0,5 pro die (bei Kindern entsprechend weniger), dann 3 Tage Pause, dann nochmals 4 Tage 3mal 0,5. Irgendeine schädliche Nebenwirkung hat er nie bei diesem Vorgehen gesehen.

(Verein f. wissenschaftl. Heilkunde, Königsberg, 17. Mai 1915.)

E. Küster (Lichterfelde): **Behandlung der Meningokokken- und Diphtheriebazillenträger.** Mit einem Wassmuthschen Inhalationsapparat wurde eine von der Firma Wassmuth hergestellte Flüssigkeit: Sano (wirksames Prinzip ein unterchlorigsaures Salz) zerstäubt und inhaliert, an 3 aufeinanderfolgenden Tagen je 1 Stunde. Die Meningokokken verschwanden dann aus dem Rachen- und Nasensekret, ebenso die Diphtheriebazillen.

(Kriegsärztl. Abend d. Festung Köln, 4. Juni 1915.)

Arnd: **Ein Fall von Zyste des Ductus omphalomesentericus.** Der vorgestellte Knabe trat in Behandlung mit einem Geschwür der Nabelgegend, das eitrig belegt war, in dessen Mitte ein dunkelroter Pfropf sichtbar ist, aus welchem sich eine klare Flüssigkeit entleert. Der Knabe soll immer einen Nabelbruch gehabt haben von Geburt an. Dieser Nabelbruch hat sich plötzlich entzündet, und vom Arzt ist die Phlegmone inzidiert worden. Es blieb nun ein Geschwür zurück, das einer mehrmonatlichen Behandlung zu Hause nicht weichen wollte. Die Untersuchung des klaren Saftes, der aus der kleinen Fistel sich entleert, ergibt, daß er ziemlich viel freie Salzsäure enthält und Fibrin sehr rasch verdaut. Ein Zusammenhang dieser Fistel mit dem Magen konnte durch verschiedene Untersuchungen ausgeschlossen werden. Es handelt sich also um den seltenen Fall einer Zyste des Ductus omphalomesentericus, die mit einer Wandung von Magen-

schleimhaut bekleidet ist. Der Magensaft verdaut beständig die Umgebung, so daß jetzt ein Loch von 4—5 cm in der Bauchwand besteht, das allerdings bis jetzt die Faszie der Recti noch intakt gelassen hat, nur Haut- und Unterhautbindegewebe betrifft. Ein Versuch, die Verdauung durch Natrum bicarbonicum einzuschränken, schlug vollkommen fehl. Es wurde deshalb die Exzision der ganzen ulzerierten Partie weit im gesunden, außerhalb des sie umgebenden Infiltrates vorgenommen. Es fand sich eine dem Nabel anhängende Zyste, an deren Basis sich die Spitze eines zum Teil obliterierten, 10 cm langen Meckelschen Divertikels vorfindet.

(Mediz.-pharmaz. Bezirksverein Bern, 20. Mai 1915.)

W. Falta: **Ein Fall von chronischer Polyarthritis, mit großen Dosen von Radiumemanation behandelt.** Ein 10jähriger Knabe erkrankte im August 1913 subakut an Polyarthritis, die fast alle Gelenke des Körpers betraf. Später auch Scharlach und Nephritis, dann Mumps und Pneumonie Ende November 1913. Verschiedene Behandlungsmethoden (Antirheumatika, Umschläge, Schwefelbäder in Baden usw.) waren ohne Erfolg. Der kleine Patient wurde Mitte April 1915 in einem äußerst jammervollen Zustand in die I. medizinische Klinik gebracht und im Mai in der „Gesellschaft für innere Medizin“ vorgestellt. Er war extrem abgemagert, sämtliche Gelenke der Extremitäten waren spindelförmig aufgetrieben, auch die Hüftgelenke, die Gelenke der Wirbelsäule und die Kiefergelenke waren ergriffen und äußerst schmerzhaft. Der Knabe hatte schon seit Monaten in seinem Bett eine Lage eingenommen, die ein möglichst flaches Aufliegen sämtlicher Gliedmaßen auf der Unterlage gestattete. Die Oberschenkel waren nach außen rotiert, die Beine im Kniegelenk rechtwinklig gebeugt und die Füße stark supiniert. Die Arme und Hände lagen ganz flach dem Bett auf. Der Kopf lag auf einem ganz dünnen Kissen. In dieser Stellung, gewissermaßen flach gewalzt, war der Knabe fixiert. Eine Salizylkur blieb ohne Erfolg. Durch die Anwendung großer Dosen von Radiumemanation, allmählich ansteigend bis täglich 1 Million M.-E. per os und täglich 2stündigem Aufenthalt im Bettemanatorium mit 100 M.-E. pro Liter trat eine wesentliche Besserung ein; die Schwellungen der Gelenke gingen zum Teil zurück, der Hals wurde vollkommen frei beweglich, die Arme können bereits erhoben, die Finger etwas gebeugt werden. Auch in den Knie- und Zehengelenken ist eine gewisse Beweglichkeit bereits zurückgekehrt.

(Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderhlk. in Wien, 18. Nov. 1915.)

Seidel: **Therapie der Diphtherie.** Nach einem Überblick über die Resultate der experimentellen Diphtherieforschung, nach welchem 1. möglichst frühzeitig zu injizieren, 2. hohe Dosen anzuwenden, 3. intravenöse Injektion gleichzeitig mit intramuskulärer zu verbinden ist, berichtet er über seine an der Diphtheriestation der medizinischen Klinik zu Jena gemachten Erfahrungen, und zwar: 1. Über die Resultate der Frühinjektion. Wenn bis zum 3. Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen (nicht gemeint ist der Belag, sondern die ersten Krankheitserscheinungen überhaupt) injiziert wurde, blieben alle Patienten am Leben, nach dem 3. Tage Injizierte starben alle. 2. Wird auf Grund seiner günstigen Resultate das kombinierte Verfahren empfohlen (gleichzeitige intravenöse und intramuskuläre Injektion zu gleichen Teilen) und an der Hand einer Tabelle und Fieberkurven über die behandelten Fälle erläutert. Bei dem kombinierten Verfahren sank das Fieber im Gegensatz zu der alleinigen intramuskulären oder subkutanen Injektion fast stets am Tage der Injektion zur Norm ab. Ebenso heilten die Beläge schneller. Die subkutane Injektion ist zu verwerfen, da das Maximum der Resorption in der Blutbahn erst nach 70 Stunden erreicht wird. 3. Empfiehlt Vortr., stets die tiefe Tracheotomie auszuführen, da bei der hohen wegen der unmittelbaren Nähe der Glottis leicht Glottisschwellung durch Infiltration und damit Absperrung eines wichtigen Reserveluftweges eintreten kann, auch das Dekanülement aus diesem Grunde später erschwert sein kann. Um beim Aushusten der Kanüle das Finden der Trachealspalte auch für das Pflegepersonal leicht zu machen, legt Vortr. gleich bei der Tracheotomie rechts und links vom Schnitt einen Fadenzügel durch die Trachea, der bis zum Dekanülement liegen bleibt und an dem die Trachea leicht vorgezogen und der Tracheotomiespalt gespreizt werden kann.

Diskussion. Reichmann hebt die frappierende Wirkung der intravenösen Injektion hervor und die Tatsache, daß seit Anwendung der durch

Seidel vorgeschlagenen kombinierten Methode (bisher $^3/_4$ Jahr) kein Todesfall mehr vorkam. — Zange weist noch besonders auf die Möglichkeit lang anhaltender subglottischer Schwellung bei der hohen Tracheotomie in Analogie mit der bedrohlichen subglottischen Schwellung nach Autoskopie kindlicher Kehlköpfe hin. Das kommt für manche Fälle von erschwertem Dekanülement sicher in Betracht, und auch darum sei die tiefe Tracheotomie stets zu empfehlen.

(Mediz.-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena, 3. Juni 1915.)

III. Therapeutische Notizen.[1])

* **Ursachen und Therapie, Organotherapie der Menorrhagien.** Von Dr. Ottomar Hoehne (Kiel). Da die Ursache von Menorrhagien entweder in einer Erkrankung des menstruierenden Uterus oder der seine Funktion leitenden, ihm übergeordneten Ovarien oder beider gemeinsam liegt, so muß für ihre Behandlung in jedem einzelnen Falle der Sitz der Erkrankung festgestellt und nicht — wie dies oft geschieht — der Uterus wahllos kürettiert werden. Es ist dies kein harmloser Eingriff und kann, besonders beim Vorhandensein entzündlicher Vorgänge, zu den schwersten Folgeerscheinungen führen. Die Kürettage ist von Nutzen, wenn es sich um chronische Abortreste, Subinvolution, um eine chronische diffuse oder polypöse Hyperplasie des Endometriums handelt; bei Lageveränderungen ist deren gleichzeitige operative Korrektur angezeigt. Bei akuten und subakuten entzündlichen Zuständen der Genitalorgane ist nur Ruhe und antiphlogistische Behandlung am Platze. Nur bei tuberkuloseverdächtigen Fällen kann die Probeauskratzung von Nutzen sein. Für die oft sehr schweren und hartnäckigen Menorrhagien mit normalem Palpationsbefunde kommen im klimakterischen und präklimakterischen Alter wohl die Röntgenbestrahlung oder auch Kastration und Uterusexstirpation in Betracht, sind aber in funktionsfähigem Alter als schwere verstümmelnde Eingriffe anzusehen. Für diese Fälle hat Verf. seit $2^1/_2$ Jahren das Mammaextrakt in Form des Mammin Poehl (Fabrik Poehl, Berlin, Friedrichstraße 43) mit Erfolg angewandt, und zwar 3—4 mal täglich 1 Tablette à 0,5 oder 3 mal täglich 2 Tabletten à 0,3 und, wo nötig, in Form der schneller und stärker wirkenden subkutanen Injektion (Ampullen zu 2 ccm einer 2%igen Mamminlösung). Verf. hält die Mammaextrakte zwar selbstverständlich für kein Universalmittel, aber für ein unschädliches und nach seinen Erfahrungen an 50 Fällen von Menorrhagien aus verschiedenen Ursachen bei konsequenter Anwendung zumeist wirksames Mittel, gesteht aber auch dem Pituitrin, besonders bei Menarcheblutungen, und den Corpus luteum-Extrakten Berechtigung zu. Neben den lokalen Ursachen der Menorrhagien sind natürlich auch die allgemeinen zu würdigen und entsprechend zu behandeln.

(Kurs. f. ärztl. Fortb., Juli 1915. — D. m. W. 1915 Nr. 36.)

* **Menthol-Eukalyptol-Injektionen bei Lungentuberkulose** hat Privatdozent Dr. H. Rotky (v. Jaksch' Klinik in Prag) versucht. Erfolge nicht bemerkenswert, höchstens bei leichten, noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen mit noch gutem Allgemeinzustand kann man bei lange fortgesetzter Kur etwas erreichen.

(Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 43.)

* **Azetonal-Vaginalkugeln bei chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen** wandte mit Erfolg Dr. R. Abel (Berlin) an. Die Kugeln (Athenstaedt) führten die Patientinnen sich 3 mal wöchentlich selbst ein, wobei die Schmerzen verschwanden und die Entzündungserscheinungen zurückgingen. Zur Trockenbehandlung dient der Azetonal-Bolus mit einem Gehalt von 5% Alsol und 5% tertiärem Trichlorbatylsalizylsäureester. (D. m. W. 1915 Nr. 36.)

* **Abortivbehandlung von Wund- und Gesichtsrotlauf.** Von Dr. Ferdinand Münzker (Wien). Es ist Verf. oft gelungen, Wund- und Gesichtsrotlauf in 1—2 Tagen durch folgendes Verfahren zu rascher Heilung zu bringen: Die erysipelatös erkrankte Partie wird in toto, besonders sorgfältig aber an den Rändern und diese 1—2 cm überragend, mit einer 20%igen Formalinsalbe bedeckt. Man streicht die Salbe messerrückendick auf Streifen von hydrophiler

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.

Gaze, legt diese auf und bedeckt eventuell mit Billrothbatist. Die Salbe bleibt 24 Stunden liegen. Während dieser Zeit wird 3—4mal je 1 g Aspirin zur Herabsetzung des Fiebers gegeben. Das Fieber steigt dann nicht mehr an, der Rotlauf schreitet nicht weiter. Die Haut zeigt nur leichte Rötung, erythematösen Reizzustand. Verf. hat die Salbe wiederholt auch 48 Stunden auflegen lassen; dann zeigte sich wohl starkes Erythem, selbst Bläschenbildung. Die Dermatitis ist aber auf kalte Umschläge in kurzer Zeit zurückgegangen. Es genügt im übrigen einmaliges Auflegen der Salbe durch 24—30 Stunden in folgender Zusammenstellung:

Rp. Formalin
Thigenol aa 10,0
Vaselin 30,0

Verf. glaubt, daß es die austrocknende Wirkung des Formalins ist, die beim Erysipel zur Geltung kommt. Die gleichzeitige Darreichung von 3—4mal 1 g Aspirin in diesen 24 Stunden hält Verf. für die Erzielung des befriedigenden Erfolges für nötig. (M. Kl. 1915 Nr. 16.)

* **Innere Darreichung von kaustischem und kohlensaurem Ammoniak bei Erysipel** empfiehlt Dr. P. G. Unna (Hamburg). Man verschreibt (bei Erwachsenen):

Rp. Ammon carbonic. 5,0
Liq. ammon. anis. 5,0
Aq. dest. ad 200,0
Syr. simpl. 20,0
M. S. 1—2stündl. 1 Eßlöffel.

Daneben wendet Verf. äußerlich Ichthyol an.

(B. kl. W. 1915 Nr. 18.)

IV. Monats-Chronik.

Kleinkinderfürsorge. Dem Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht in Berlin, Potsdamerstraße 120, ist unter Mitwirkung des Deutschen Fröbelverbandes eine Auskunftsstelle für Kleinkinderfürsorge angegliedert worden, die in engem Zusammenhange mit dem Deutschen Ausschuß für Kleinkinderfürsorge (Vors. Dr. Polligkeit, Frankfurt a. M.) steht. Die Auskunftsstelle hat die Aufgabe, durch Sammlung und Sichtung einschlägigen Materials einen Überblick zu schaffen:

1. Über den Stand der Forschung auf dem Gebiete der Psychologie und Pädagogik des Kleinkindes;
2. über die Einrichtungen der Kleinkinderfürsorge und
3. über die Ausbildung der Erzieherinnen und Pflegerinnen des Kleinkindes.

Auf Grund des vorhandenen Materials erteilt die Stelle allen auf dem Gebiete der Kinderfürsorge und -Erziehung tätigen Verbänden, Vereinen und Einzelpersonen, sowie Ausbildungsstätten für Kindergärtnerinnen, Kleinkinderschullehrerinnen, Kinderpflegerinnen u. dgl. auf Wunsch Auskunft und steht auch zu persönlicher Einsichtnahme Dienstags, Mittwochs, Freitags und Sonnabends von 11 bis 1 Uhr, außerhalb dieser Zeit nach vorheriger Verständigung, offen. Der pädagogischen Handbibliothek des Zentralinstituts, die sich ebenfalls Potsdamerstraße 120 befindet, ist eine Abteilung für die Literatur der Kleinkinderfürsorge angegliedert. Die Bibliothek wird voraussichtlich vom 1. Mai ab werktäglich von 4 bis 8 Uhr geöffnet sein.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. Juni 1916. Nr. 6.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

L. Tobler (Breslau), Die Behandlung der Krämpfe im Kindesalter. (D. m. W. 1916 Nr. 5.) (Schluß aus Nr. 5.) Wir haben (in dem vorausgegangenen Vortrage) der diätetischen Therapie der Spasmophilie eine eingehende Besprechung gewidmet, weil wir ihr für die Erzielung eines Dauererfolges große Bedeutung beimessen. Wir dürfen annehmen, daß Ernährungsmomente, die ja auf die Entstehung der spasmophilen Abartung des Organismus so unverkennbaren Einfluß haben, auch für die Rückkehr zur Norm von maßgebender Bedeutung sein werden. Mit Ausnahme etwa der plötzlichen Nahrungskarenz können wir aber naturgemäß von den alimentären Faktoren keine momentane Wirksamkeit erwarten, sondern müssen uns vorstellen, daß das Aufhören grober Ernährungsschädlichkeiten und die Einleitung einer Heilkost nur die Voraussetzung schaffen, die dem Organismus die allmähliche Rückkehr zu normalen Verhältnissen ermöglicht. Um so wertvoller ist uns deshalb die Gewißheit, daß wir durch medikamentöse Verordnungen die Heilwirkung der Diät ganz wesentlich bestärken und beschleunigen und überdies den dringlichsten Erfordernissen der ersten Hilfe entsprechen können.

Gerade auf dem Gebiete der medikamentösen Behandlung der Spasmophilie sind in der letzten Zeit neue Wege betreten worden, die zu unverkennbaren Fortschritten geführt haben. Diese neueren Behandlungsmethoden wurden zum großen Teil angeregt durch bestimmte Vorstellungen, die man sich über Wesen und Pathogenese des Leidens gebildet hatte. Trotzdem diese Hypothesen zurzeit noch durchaus nicht zu festbegründeten, wissenschaftlichen Lehren verarbeitet werden konnten, haben sich doch die durch sie veranlaßten Heilverfahren praktisch bereits bewährt. Ein kurzer Einblick in die theoretischen Voraussetzungen wird deshalb dem Verständnis des praktischen Vorgehens förderlich sein.

Den Ausgangspunkt für das Verständnis der jetzt vielfach diskutierten Theorien der Spasmophilie bildet die biologische Beobachtung, daß Lösungen gewisser Salze je nach ihrer Zusammensetzung und Stärke einen Einfluß auf die Erregbarkeit neuromuskulärer Apparate ausüben können. Insbesondere scheinen die Kalziumionen im allgemeinen hemmend auf den Ablauf der nervösen Erregung einzuwirken, während Natrium- und Kaliumionen sich antagonistisch verhalten. Experimentell-pathologische und organanalytische Untersuchungen bei künstlich erzeugter und bei klinischer Tetanie haben einige Grundlagen für die Übertragung dieser allgemeinen biologischen Tatsachen auf die spezielle Pathologie der spasmophilen Zustände geschaffen. Auf Grund dieser Befunde

neigen wir heute zu der Ansicht, daß Störungen im Mineralstoffhaushalt des Organismus bei der Spasmophilie der Kinder eine bedeutsame Rolle spielen. Von hier aus lag der Weg zu therapeutischen Versuchen offen.

Zunächst aber ist es interessant, sich zu überlegen, daß schon die herkömmlichen Lehren der diätetischen Therapie sich in den Rahmen dieser Hypothesen nicht schlecht einpassen lassen, so etwa die Erfahrung von dem ungünstigen Einfluß der an Natrium und Kalium reicheren Kuhmilchmolke im Gegensatz zu der guten Verträglichkeit des Ca-reichen Kaseinanteils, so ferner die nachteilige Wirkung reichlicher und ausschließlicher Vollmilchernährung, welche die Kalkbilanz leicht im ungünstigen Sinne verschiebt, so ferner auch die Beobachtung von der Schädlichkeit stärkerer Kochsalzzusätze und vielleicht auch der gute Einfluß der initialen Hungerkur, welche eine rasche Elimination überschüssigen Kochsalzes bei geringen Kalkausgaben zur Folge haben dürfte.

Wenden wir uns nunmehr der medikamentösen Behandlung der Spasmophilie zu, so ist vielleicht auch hier die Wirkungsweise des altherkömmlichen Phosphorlebertrans in seinem Einfluß auf den Mineralstoffwechsel zu suchen. Ist diese Vermutung auch noch nicht hinlänglich gesichert, so bedeutet sie doch den zurzeit einzigen Ausblick nach einem Verständnis der eigenartigen und bisher unübertroffenen Wirksamkeit dieser Medikation. Erwiesen ist, daß der Phosphorlebertran die Kalkretention im Organismus erheblich verbessern kann. Nicht zur raschen Unterdrückung manifester Krampfsymptome befähigt, besitzt er eine fast spezifische Wirksamkeit gegen das in den latenten wie manifesten Zeichen zum Ausdruck kommende Grundleiden, den krankhaften Dauerzustand des Organismus. Er leistet demnach praktisch das, was man von einer echten ätiologischen Therapie erwarten kann. Die Wirksamkeit dieses Medikamentes läßt — mag sie sich auch mit verschiedener Energie äußern — so selten im Stich, daß ihr Eintreten selbst zur Stütze der Diagnose verwertet werden darf. Es empfiehlt sich dringend, den Phosphorlebertran in jedem Falle von Spasmophilie, insbesondere auch schon im Latenzstadium, frühzeitig und andauernd mit zu Hilfe zu ziehen.

Es ist zurzeit noch unbekannt, in welcher Weise sich die wirksame Kraft der Phosphorlebertranmedikation auf die Komponenten des Mittels verteilt; sicher ist nur, daß der reine Lebertran an die Wirksamkeit der Kombination mit Phosphor nicht heranreicht und daß andererseits Phosphor und Phosphorsäurederivate in anderer Form fast ganz im Stiche lassen. Vorbedingung für die Wirkung ist allerdings ein frisches Präparat vom vorgeschriebenen Gehalt. Da der Phosphor des Phosphorlebertrans sich an der Luft teils oxydiert, teils verflüchtigt, so sind lagernde Vorräte des Medikamentes unbrauchbar. Um der Wirkung sicher zu sein, verlange man die frische Herstellung aus den Ingredienzien; aus denselben Gründen vermeide man die Verschreibung größerer Mengen auf einmal und lasse braunes Glas verwenden; die Aufbewahrung hat an dunklem, kühlem Orte zu geschehen. Die übliche Verordnungsweise ist die altbekannte 0,01%ige Lösung.[1]) Hiervon gibt man, mit Rücksicht auf die Darmfunktion vorsichtig beginnend, im 1. Lebensjahre zwei- bis dreimal täglich 1 Teelöffel. Da eine gewisse Wirksamkeit auch

[1]) Phosphori 0,01, Olei Jecoris aselli ad 100,0, M. D. ad vitr. nigr. S. 2—3mal täglich 1/2—1 Teelöffel nach der Mahlzeit.



dem Lebertran als solchem nicht abzusprechen ist, kann man, wo keine Neigung zu Durchfall besteht und wo eine Fettzulage zur Kost erwünscht erscheint, auch 0,01 zu 200,0 aufschreiben und hiervon entsprechend größere Dosen nehmen lassen. Im 2. Lebensjahr kann man entweder die Mengen oder den Phosphorgehalt verdoppeln. Wo man eines frischen und exakt hergestellten Präparates nicht sicher ist, kann man sich des anscheinend zuverlässigen fertigen Präparates „Phosrachit"[1]) bedienen, das den üblichen Phosphorgehalt (0,01 : 100) aufweist und auch im Geschmack manchen Kindern besser zusagt. — Man lasse den Phosphorlebertran bis zum völligen Schwinden der Latenzsymptome nehmen, immerhin so, daß man nach den ersten 3 Flaschen eine Pause einschaltet. Wo die Wirkung nicht befriedigt, kombiniere man auch im Latenzstadium den Phosphorlebertran mit der nunmehr zu besprechenden Kalkmedikation.

Die therapeutische Verwendung von Kalziumsalzen bei der Tetanie der Kinder ist nicht ganz neuen Datums. Allein sie hat allgemeinere Verbreitung und Anerkennung erst gefunden, als es durch eine stark gesteigerte Dosierung gelang, den Heileffekt aus dem Bereich der Zweifel herauszuheben. Mit der Dosierungsfrage hängt die Wahl des geeignetsten Präparates eng zusammen. Im allgemeinen scheint sich die Wirksamkeit der verschiedenen Kalziumsalze nach ihrem Ca-Gehalt abzustufen; praktisch verdient dasjenige Salz den Vorzug, das neben der Eigenschaft leichter Löslichkeit und nicht allzu schlechten Geschmackes den höchsten Kalziumgehalt aufweist. Diese Bedingungen erfüllt am besten das Chlorkalzium ($CaCl_2$). Dieses kommt in verschiedenen Modifikationen in den Handel. Therapeutisch verwendet werden vor allem das Calcium chloratum siccum und crystallisatum. Da das Salz mit sechs Molekülen Kristallwasser kristallisiert, enthält die zweite Modifikation in der Gewichtseinheit um 50% weniger Ca als die erstere; dafür hat sie vor dieser den Vorzug größerer Reinheit voraus. Da ein Teil der bisweilen beobachteten unerwünschten Nebenwirkungen (Erbrechen, Appetitlosigkeit) vielleicht auf Unreinheit des Präparates beruhen könnte, dürfte die Verwendung des kristallisierten Produktes sich am meisten empfehlen. Man muß aber wissen, daß man alsdann dasselbe Quantum wirksamer Substanz erst bei doppelt so großer Dosierung erreicht.

Die Chlorkalziummengen, deren man zur Bekämpfung akuter manifester Krampfzustände bedarf, belaufen sich auf etwa 8—14 g Calc. chlorat. cryst. (siccum die Hälfte); um die wirksame Konzentration des Salzes im Organismus baldigst zu erreichen, wird es sich empfehlen, die Einzelgaben in den ersten Stunden stark zu häufen. Man gibt in 1—2stündlichen Intervallen Dosen von 1—2 g (cryst.). Sowie der erste Effekt erzielt ist, wird man diese massiven Dosen etwas einschränken und im Laufe der ersten 8 Tage schrittweise auf die Hälfte der Anfangsdosis zurückgehen; weiterhin wird man bei fortschreitender Heilung mit noch weiter zurückgeschraubten Dosen auskommen können; doch ist, wenn anders Rezidive ver-

[1]) Phosrachit Dr. Korte.

mieden werden sollen, die Dosis von 2—4 g Calc. chlorat. cryst. während längerer Zeit notwendig. Aufflackern der Symptome muß erneutes Ansteigen mit den Dosen veranlassen. Man gibt das Medikament in Form einer 10%igen Lösung, für sich allein oder Teilen der flüssigen Nahrung zugesetzt. Säuglingen die hohen Anfangsdosen beizubringen, ist mit Rücksicht auf den sehr schlechten Geschmack nicht leicht; wir benutzen gerne die von Göppert und Blühdorn empfohlene Verordnungsweise mit Liq. ammonii anis. als Korrigens. Das Rezept lautet:

Solut. calcii chlorat. crystallisati 30,0/250,0
Gummi arabic. 3,0
Liq. ammon. anisat. 2,0
Sirup. simpl. ad 300,0

wovon also 10 ccm 1 g $CaCl_2$ enthalten.

Unter dieser Behandlungsweise darf man mit einiger Zuversicht auf ein rasches Sistieren spasmophiler Konvulsionen und eine rasche, erhebliche Besserung schwerer Stimmritzenkrämpfe rechnen. Weniger zuverlässig ist die Beeinflussung der tetanischen Dauerspasmen. Erheblich langsamer als die manifesten verschwinden unter der Kalkbehandlung die Latenzsymptome der Spasmophilie, insbesondere kehrt die elektrische Erregbarkeit oft nur langsam zu normalen Werten zurück. Wesentlich schneller wird dieses Ziel durch die Kombination der Kalziumbehandlung mit dem Phosphorlebertran erzielt. Ob die direkte Vereinigung der Kalk- und Lebertranmedikation etwa nach der Verordnung, die sich Schloss bei der Rachitis bewährt hat[1]), zweckmäßig wäre, vermag ich aus eigener Erfahrung noch nicht zu beurteilen.

Dagegen hat sich uns die Kombination des Kalziums mit dem Brom für manche Zwecke gut bewährt. Das Bromsalz des Kalziums ist an Ca-Gehalt dem kristallinischen Chlorkalzium ungefähr gleich; seiner gleichartigen Verwendung in den für dieses genannten Dosen steht aber das nicht ganz seltene Ereignis einer toxischen Bromdermatose entgegen, die bei Säuglingen selbst bei Gebrauch mäßiger Dosen durch längere Zeit gelegentlich zustande kommt. Hiervon abgesehen, sprechen aber unsere Erfahrungen dafür, daß die Kalziumwirkung durch die sedative Bromkomponente nicht unwesentlich verstärkt wird, so daß man denselben Effekt mit kleineren Dosen erzielt. Man muß sich aber darüber klar sein, daß von der Bromkomponente wohl nur ein symptomatischer und vorübergehender Effekt zu erwarten sein wird. Am ehesten scheint uns das Bromkalzium bei leichteren Fällen von Stimmritzenkrampf am Platze, wo man von der Bromwirkung einen günstigen Einfluß auf die krampfauslösend wirkende psychische Erregung erwarten darf.

Wie demgegenüber das Wesen der Kalktherapie zu beurteilen ist, steht noch dahin. Von einer „narkotischen" Wirkung zu reden, ist mindestens ungenau. Es scheint, daß die Kalkzugabe zur Phos-

---

[1]) Schloss verordnet:
Rp. Calcii phosphoric. tribasic. puriss. 10,0
Ol. Jecoris aselli 100,0
DS. Vor dem Gebrauch umzuschütteln! Zweimal täglich 5 g.

phorlebertrantherapie bei der Rachitis die Ca-Retention erheblich steigern kann. Bei der nahen Verwandtschaft zwischen Rachitis und Spasmophilie und dem analogen Verhalten gegenüber denselben Medikamenten ist ein ähnliches Verhalten auch bei der letzteren wahrscheinlich. Besteht die Hypothese der Ca-Verarmung bei der Spasmophilie zu Recht, so würde die Kalkbehandlung einer kausalen Indikation entsprechen. Jedoch liegen die Dinge nicht so einfach. Zunächst schwindet in der ersten Zeit der Ca-Behandlung der therapeutische Effekt rasch mit dem Aussetzen der Medikation; auch sind die zur Wirkung benötigten Dosen um ein Vielfaches der Menge überlegen, die allerbesten Falles zur Retention im Organismus kommen könnte. Wir werden durch diese Umstände zu der Vorstellung geleitet, daß zwar der allmählich unter der Behandlung mit Ca zustande kommenden Ausheilung der spasmophilen Diathese echte Retentionsvorgänge zugrunde liegen könnten; daß aber, bevor diese Gewebsveränderung eintreten kann, der nicht der Organsubstanz angehörige Kalk eine ähnliche Erregbarkeit dämpfende Wirkung nur so lange ausüben kann, als er in sehr viel größeren Mengen in den Säften kreist und von dort aus eine Massenwirkung zustande kommt. Bemerkenswert ist jedenfalls, daß die Kalziumtherapie bei nicht spasmophilen Krämpfen anscheinend im Stiche läßt.

Die nahe chemische Verwandtschaft des Kalziums zum Magnesium hat die Vermutung wachgerufen, daß auch dieses Element in analoger Weise wie jenes therapeutisch wirksam sein könnte. Wiederum tritt uns hier die Beobachtung entgegen, daß man, auch von recht zweifelhaften theoretischen Voraussetzungen ausgehend, dennoch zu praktisch brauchbaren Resultaten gelangen kann. Denn in der Tat bietet für gewisse Zwecke die Magnesiumbehandlung nicht nur einen Ersatz der Kalziumtherapie, sondern kann sich dieser überlegen zeigen. Demgegenüber ist es aber mehr als wahrscheinlich, daß ihrem Wesen nach die Magnesiumwirkung von der des Kalziums verschieden ist.

Pharmakologisch können sich nämlich die beiden chemisch so ähnlichen Metalle geradezu antagonistisch verhalten. Nach den Lehren der Pharmakologie vermag das Magnesiumsulfat schwere Lähmungszustände zu erzeugen, die auf einer Reizblockierung an den motorischen Nervenendigungen nach Art der Kurarewirkung beruhen; nicht nur ist für die Kalziumsalze eine ähnliche Wirkung unbekannt, sondern es gelingt sogar mit ihrer Hilfe, die durch Magnesium erzeugte Lähmung zu beheben. Dementsprechend ist auch die therapeutische Magnesiumwirkung von der des Kalziums in mancher Hinsicht verschieden; immerhin könnten diese Differenzen, soweit sie nicht prinzipieller Art sind, auch durch die Art der verwendeten Salze und die verschiedene Applikationsweise bedingt sein. Therapeutische Versuche sind meist ausschließlich mit dem Magnesiumsulfat und mit subkutaner Verabfolgung gemacht worden. Der auf diesem Wege erreichbare Effekt müßte nach dem vorhin über die Pharmakodynamik des Magnesiums Gesagten als ein rein symptomatischer („narkotischer") betrachtet werden. Im Gegensatz hierzu kann man aber bisweilen beobachten, daß die Wirkung einer einmaligen Injektion von Magnesiumsulfat einen nachhaltigen Erfolg erzielt und daß nicht spasmophilen Krämpfen gegenüber die Magnesiumbehandlung mit gleichen Dosen häufig im Stiche läßt. Bei dieser Lage der Dinge läßt sich zusammenfassend nur sagen, daß die Mechanik der Erdalkaliwirkung und besonders diejenige des Magnesiums bisher keineswegs geklärt erscheint.

Somit müssen wir unseren Standpunkt auf die Ergebnisse der therapeutischen Praxis stützen. Nach unseren Erfahrungen (die mit

denen des Begründers der Magnesiumtherapie bei der Spasmophilie, Berend, ziemlich weit übereinstimmen) gelingt es, in vielen Fällen durch eine oder wenige Injektionen von Magnesiumsulfat den eklamptischen Anfall in kurzer Frist zu unterbrechen und weiteren Wiederholungen zunächst vorzubeugen. Die krampfstillende Wirkung kann sich bereits nach Ablauf einer Stunde oder noch früher durchsetzen. Weniger regelmäßig und zuverlässig ist die Beeinflussung der Laryngospasmen, die sich nicht selten refraktär zeigen. Besonders bedeutsam erscheint uns dagegen die günstige Wirkung des Magnesiumsulfats auf die tetanischen Dauerspasmen, und zwar deshalb, weil gerade diese Form den sonstigen Behandlungsmethoden nicht selten hartnäckig widersteht; in mehreren unserer bisher allerdings wenig zahlreichen Fälle sahen wir den tetanoiden Zustand nach einmaliger Injektion schwinden und — unter Phosphorlebertranmedikation — sich nicht wiederholen. Prompt tritt im Anschluß an die Magnesiumsulfatinjektion ferner fast ausnahmslos ein Absinken der elektrischen Übererregbarkeit ein; jedoch ist diese Wirkung meist von kurzer Dauer, falls nicht gleichzeitig mit anderen Mitteln eingegriffen wird; auch hier muß die Kombination mit Phosphorlebertran als besonders vorteilhaft gelten. Das Magnesium mit dem Kalzium zu kombinieren, erschien uns mit Rücksicht auf den pharmakologischen Antagonismus nicht zweckmäßig.

Der Verwendung des Magnesiumsulfats in der allgemeinen Praxis stehen die Nachteile jeder Subkutantherapie entgegen, in erster Linie das Widerstreben des Publikums gegen diese Behandlungsform. Daß die einzuspritzenden Volumina nicht ganz klein sind, kompliziert auch den äußeren Apparat einigermaßen. Im übrigen ist die Injektion anscheinend nicht schmerzhafter als die einer Kochsalzlösung und hinterläßt keine lokalen Schäden. Wir benutzten die von Berend empfohlene 8%ige Lösung[1]), von der wir $2^1/_2$ ccm (= 0,2 Magnesiumsulfat) pro Kilogramm Körpergewicht unter die Bauchhaut gaben; es bestehen jedoch, wenn man lieber mit kleineren Volumina arbeitet, auch gegen die von anderer Seite empfohlene 25% ige Lösung keine Bedenken. Die Injektion kann in Abständen von mindestens einem Tage mehrmals wiederholt werden. Sollte jemals das Ereignis eines Atemstillstandes eintreten, so wäre diesem durch eine intramuskuläre Injektion von 5 ccm einer 5%igen Kalziumchloridlösung und mit künstlicher Atmung zu begegnen.

In dem Magnesiumsulfat haben wir ein Mittel kennen gelernt, mit dessen Hilfe es häufig gelingt, manifeste Krämpfe in sehr kurzer Zeit zum Schwinden zu bringen. Solange wir allerdings nur diese erste rein symptomatische Wirkung verlangen, stehen uns für die Mehrzahl der Fälle auch einfachere und mindestens ebenso rasch und sicher wirkende Mittel zu Gebote, und zwar solche aus der Reihe der eigentlichen Narkotika und Hypnotika; in erster Linie ist hier das alterprobte Chloralhydrat zu erwähnen. Wir ziehen es auch heute noch jedem anderen Medikamente vor, wenn es sich nur darum

---

[1]) **Magnesii sulfurici cristallisati 8,0 (bzw. 25,0)**
Aquae recenter redestillatae ad 100,0
M. sterilisa. DS. zur subkutanen Injektion.

handelt, zunächst einmal einen schweren eklamptischen Anfall zu kupieren oder der Wiederholung bedrohlicher Stimmritzenkrämpfe für die ersten 24 Stunden vorzubeugen. In solchen Lagen gewinnen wir mit dem Chloral die Zeit, deren die zuvor genannten Medikamente zur vollen Entfaltung ihrer Wirksamkeit bedürfen; andererseits ist seine Verwendung naturgemäß zeitlich beschränkt dadurch, daß es nicht angeht, ein Kind tagelang im hypnotischen Schlafe zu halten. Das Chloralhydrat wird in schleimiger Lösung per os oder per rectum[1]) verabfolgt; die letztere Applikationsweise verdient im allgemeinen den Vorzug. Die Dosierung darf nicht zu zaghaft sein. Für Kinder im 1. und 2. Lebensjahr ist zur vollen und nachhaltigen Wirkung etwa $^1/_2$ g erforderlich; bei sehr jungen Säuglingen kann man mit etwas weniger auskommen, im späteren Alter empfiehlt sich eine etwas größere Dosis. Per os braucht man um $^1/_3$ weniger als per clisma. In gleicher Weise wie das Chloralhydrat sind auch andere Hypnotika, z. B. das Urethan oder das Medinal, verwendbar; doch besitzen diese kaum einen Vorzug, und ihre Zuverlässigkeit steht der des Chlorals nach.

Neben der medikamentösen und diätetischen Behandlung der Spasmophilie tritt, was etwa sonst erwähnenswert wäre, an Bedeutung zurück. Im eklamptischen Anfall ist für weiche Lagerung und lose Bedeckung zu sorgen; um den Kopf legen wir kühle feuchte Umschläge; äußere Reize werden tunlichst ferngehalten; alle Manipulationen an dem Kinde auf das Notwendigste beschränkt. Die letzteren Ratschläge finden auch auf Fälle von schwerem Spasmus glottidis Anwendung. Die stockende Atmung selbst in Gang zu setzen, ist meist aussichtslos; wenigstens erweist sich in den schwersten Fällen alle Mühe umsonst, da hierbei der Tod anscheinend meist durch Herzstillstand eintritt. Leichte Erstickungsanfälle lassen sich bisweilen durch intensive Hautreize unterbrechen; nur was ohne weitere Vorbereitungen sofort zur Hand ist, ist verwendbar: Bespritzen oder Begießen mit kühlem Wasser, Schlagen der Haut mit nassem Tuch oder mit der Hand. Eingehen mit dem Finger in den Rachen bis zum Kehlkopfeingang, Vorziehen der Zunge kann die Inspiration anregen. Künstliche Atmung leistet, solange der spastische Glottisschluß andauert, nichts und kommt, wenn dieser nachläßt, häufig zu spät. Ob die Atmungsversuche Aussicht auf Nutzen haben, ergibt sich aus dem Fehlen oder Vorhandensein des charakteristischen Durchtrittsgeräusches beim Exspirationsakt. Den Glottisschluß gewaltsam zu sprengen, ist fast unmöglich, schon deshalb ist auch von der Intubation kaum etwas zu hoffen.

Bisher war ausschließlich von der Behandlung der spasmophilen Kinderkrämpfe die Rede. Von den zuletzt genannten allgemeinen

[1]) Chlorali hydrati 1,0
Mucilag. gummi arab. 20,0
Aqua. ad 50,0. MDS. Die Hälfte zu einem Klistier.
Chloral. hydrat. 2,0
Mucilag. Salep., Aq. aa. 40,0
Sirup. simp. ad 100,0
MDS. halbstündlich 10 g (= 0,2) bis zur Wirkung.

Maßnahmen ist dies und jenes auf Krämpfe anderer Art übertragbar. Im übrigen können wir uns zur Behandlung der organischen und akzidentellen Krämpfe wesentlich kürzer fassen. In jedem Falle hat man sich zu fragen, ob ein auslösendes oder ursächliches Moment aufzufinden ist, an welchem eine Behandlung einsetzen könnte. Beispielsweise wird bei allgemeinen Konvulsionen, die im Zusammenhang mit einem steilen Temperaturanstieg auftraten, eine geeignete Antipyrese gegen beide Erscheinungen wirksam sein können. Auch die Bekämpfung der bei der alimentären Intoxikation vorkommenden Krämpfe fällt mit der des Zustandes an sich zusammen. Die Möglichkeit irgendeines mechanischen peripherischen Reizes — es braucht nicht gerade die bekannte Stecknadel in der Windel oder das um die Zehe geschnürte Mutterhaar zu sein — wäre immerhin zu erwägen und gegebenenfalls abzustellen. Auch der intestinalen Reize durch Kotmassen oder Würmer (Askariden) wäre kurz zu gedenken, obschon alle diese Dinge zusammen mit dem viel gefürchteten, aber nie erwiesenen Zahnreiz und der Phimose sicherlich nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen dürften. Man berücksichtige die Möglichkeit einer meningealen Reizung vom Ohre aus. Für traumatisch entstandene Läsionen im Bereich des Hirnschädels sowie beim Verdacht auf einen Tumor oder Abszeß des Gehirns können operative Eingriffe in Betracht kommen. Besonders häufig treten allgemeine Krämpfe als Symptom entzündlicher Prozesse am Gehirn und seinen Häuten auf; einer spezifischen Behandlung ist davon die Lues und allenfalls die Meningitis cerebrospinalis epidemica zugänglich.

Wo man das Grundleiden nicht anzugreifen vermag, gelingt es bisweilen, wenigstens ein wichtiges Teilmoment zu treffen; so scheint es nicht selten der Druck des vermehrten Liquor cerebrospinalis zu sein, der krampferzeugend wirkt. Man erreicht alsdann mit der Lumbalpunktion wenigstens zeitweise Erfolge; am sinnfälligsten sind diese in den Fällen, wo nach Ausheilung eines entzündlichen Prozesses ein sekundärer Hydrozephalus mit Drucksteigerung im Subduralraum zurückblieb. In solchen Fällen kann man bisweilen durch eine oder mehrere Punktionen eine Dauerheilung erzielen. Gegen die urämischen Krämpfe empfehlen wir auch im Kindesalter den Aderlaß.

Nach Berücksichtigung aller dieser Möglichkeiten wird man noch immer oft vor Krämpfen stehen, für die man ein ursächliches Moment entweder nicht zu erkennen vermag oder sich außerstande sieht, auf dieses einzuwirken. Hier ist man auf die rein symptomatische Behebung der Konvulsionen angewiesen, die man mit hypnotischen Mitteln in der bereits erwähnten Weise durchführt.

Ob man es in einem gegebenen Falle von Eklampsie eines jungen Kindes mit einer Epilepsie zu tun hat, wird sich meist erst im Laufe längerer Beobachtung ergeben. Wo man zu diesem Schlusse kommt, hat man die Prinzipien der Brombehandlung in quantitativer Anpassung auf jede beliebige Altersstufe zu übertragen. Auch die Behandlung des Tetanus schließt sich der beim Erwachsenen geübten an; nach den bisher vorliegenden Erfahrungen wäre vor der intralumbalen Magnesiumtherapie zu warnen, die subkutane nach den schon entwickelten Grundsätzen auch beim Tetanus neonatorum ver-

suchsweise zu empfehlen. Endlich ist noch darauf hinzuweisen, daß auch hysterische Krämpfe unter den verschiedensten Bildern schon in frühen Lebensjahren vorkommen; von akut bedrohlichem Charakter sind sie meist nicht; ihre Behandlung besteht in einer der Kinderpsyche angepaßten Suggestivtherapie. Grätzer.

P. Schmidt, Pneumokokken- und Meningokokkenmeningitis nach Schädelbasisfraktur. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Gießen.) (Ebenda.) Ein 19jähriger Arbeiter hatte durch Sturz auf der Treppe eine Basisfraktur erlitten. Es trat sofort Bewußtlosigkeit ein; in der Folge besserte sich der Zustand, doch nicht nachhaltig. Es gesellten sich große Unruhe, Fieber, Nackensteifigkeit, Strabismus divergens, Äußerungen großer Schmerzempfindung zum Krankheitsbilde. Der Mann wurde am 7. Tage nach dem Unfall in die Klinik eingeliefert. Noch an diesem Tage erhielt das Hygienische Institut Blutagarplatten und ferner Liquor cerebrospinalis zur bakteriologischen Untersuchung. Am folgenden Tage, also dem 8. Tage nach erlittenem Unfall, verstarb der Patient.

Die bakteriologische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis ergab Pneumokokken und Meningokokken etwa in gleicher Menge. Die Diagnose wurde selbstverständlich kulturell, bei den Meningokokken insbesondere auch mit Hilfe der v. Lingelsheimschen Zuckernährböden und serologisch gestellt. Auf den Blutagarplatten fanden sich nur Pneumokokken in ziemlich reichlicher Menge.

Bei der Sektion ergab sich eine von links hinten nach rechts vorn verlaufende Fraktur der knöchernen Decke des Keilbeins, mit einer anschließenden Fissur in die Siebbeinplatte. Die Dura mater war nicht eingerissen. In der Keilbeinhöhle fanden sich Blutgerinnsel und blutiger Schleim; die Schleimhaut der oberen Nasenhöhle war geschwollen und stark gerötet. Es bestand ziemlich ausgedehnte Leptomeningitis ganz besonders in der Gegend des Kleinhirns und an der Brücke. Am Siebbein und Keilbein waren Entzündungsvorgänge nicht zu konstatieren. Die Lungen wiesen auf beiden Unterlappen multiple, 3—4 Tage alte bronchopneumonische Herde auf.

Die Annahme, daß die Infektion der weichen Hirnhäute in diesem Falle ganz direkt von der entzündeten oberen Nasenhöhle, sei es durch Vermittlung der Fissur im Siebbein, sei es durch die Fraktur im Keilbein, erfolgt ist, d. h. also auf dem Lymphwege, nicht durch das Blut, bedarf kaum der Begründung. Es will Verf. unnatürlich und gezwungen erscheinen, zu glauben, daß hier zuzunächst von der Nasenschleimhaut ein Einbruch der Pneumokokken und Meningokokken in die Blutbahn stattgefunden haben soll und daß sekundär erst eine Ansiedlung der Kokken an den weichen Häuten eingetreten sei. Bei solch einem Einbruch in die Blutwege von der Schleimhaut her dürfte es sich kaum um größere Mengen von Meningokokken handeln, so daß schon daraus eine Unwahrscheinlichkeit resultiert für die Annahme, daß diese wenigen Meningokokken nun gerade an den weichen Hirnhäuten deponiert werden. Hingegen bestand für das direkte Weiterwachsen der Pneumokokken und Meningokokken in dem ödematös und blutig durchtränkten Ge-

webe im Siebbein und Keilbein doch die beste Gelegenheit. Gegen eine solche Annahme spricht auch nicht der Umstand, daß der von den Kokken zurückgelegte Weg ohne Entzündungserscheinungen, vor allem ohne Eiter war. Einen besseren Nährboden für Pneumokokken und Meningokokken als solch ein Gewebe nach Frakturen oder auch nur Fissuren kann man sich kaum denken bei der großen Vorliebe der Keime für natives menschliches Eiweiß.

Es fragt sich, wie der Pneumokokkenbefund im strömenden Blut zu deuten ist. Wären sie von dem Schädelinnern in die Blutbahn gelangt, so müßte man erwarten, daß auch Meningokokken auf der Blutagarplatte gleichzeitig nachzuweisen gewesen wären. Das war aber nicht der Fall. Noch viel weniger wahrscheinlich ist aus den oben angeführten Gründen die Blutinfektion von der entzündeten Schleimhaut her, schon wegen ihres reichlichen Vorhandenseins im Blute dieses Falles. Der Ausgangspunkt muß wohl ein Herd mit großen Mengen Pneumokokken gewesen sein, wenigstens besteht eine größere Wahrscheinlichkeit dafür. Das sind aber vor allem einmal die bronchopneumonischen Herde der Unterlappen. Die Bronchopneumonie ihrerseits ist natürlich die Folge der schlechten Expektoration infolge der Bewußtseinsstörung.

Die Anwesenheit der Pneumokokken neben den Meningokokken im Liquor wäre natürlich auch durch eine Einschwemmung vom Blut her erklärlich. Diese Frage hätte vielleicht zu Lebzeiten des Patienten durch wiederholte Liquor- und Blutuntersuchung entschieden werden können. Doch erscheint es wiederum gezwungen, für die Pneumokokken und Meningokokken verschiedene Wege des Eindringens zu den weichen Hirnhäuten zu supponieren.

Über die generelle Frage der hämatogenen oder lymphogenen Entstehung der epidemischen Genickstarre läßt der Fall kein Urteil zu. Daß es hämatogen entstehende Meningokokken-Meningitisfälle gibt, ist sicher erwiesen. Daß dieser Weg aber die Regel darstellen soll, erscheint Verf. durchaus unentschieden. Man kann sich sehr leicht vorstellen, daß ähnlich günstige Eindringungsgelegenheiten wie bei Fissuren und Frakturen der Schädelbasis für die Meningokokken auch bei katarrhalischen Zuständen des Nasenrachenraums durch Stauung und Erweiterung der Lymphwege der Scheidewände gegeben sein können. Die Dünne der trennenden Scheidewand ebenso wie die starke Entwicklung der ernährenden Gefäße bei jugendlichen Individuen, besonders Kindern, würde eine sehr wirksame Form der Disposition darstellen. Ebenso wird die lymphatische Konstitution noch heute von den meisten Autoren als ein disponierender Faktor von Bedeutung angesehen. Noch steht allerdings ein exakteres Studium der lymphatischen Kommunikation zwischen Nasenrachenraum und Schädelinnern im jugendlichen Alter und besonders bei Lymphatismus aus. Ein weiterer schwieriger Punkt bei der Frage des Einwachsens gerade der Meningokokken ist der, warum es nicht ebenso oft andere Keime, wie Staphylokokken und Streptokokken, vermögen. Es ist zunächst durchaus unverständlich, warum die Lymphgefäße der Trennungswände ganz besonders gerade den Meningokokken das Einwachsen gestatten; es sei denn, daß man zur An-

nahme einer besonderen Entzündung erregenden Wirkung der Meningokokken auf die in Frage kommenden Lymphbahnen seine Zuflucht nehmen will, dergestalt, daß sie sich durch ihre spezifischen Gifte etwa selbst den Weg bahnen könnten. Eine Fülle von Fragen harrt hier noch der Lösung.

Wäre eine vorausgehende Meningokokkensepsis die Vorbedingung für die Entstehung von Meningokokkenmeningitis, wie zurzeit die meisten Forscher annehmen, so müßten doch häufiger Meningokokken mittels der Blutkulturen bei allen Entzündungszuständen des Respirationstraktus gefunden werden, als es de facto der Fall ist. Die relativ wenigen absolut sichergestellten positiven Befunde von Meningokokken im strömenden Blute sind verschwindend gering, z. B. im Vergleich zur Zahl der positiven Pneumokokkenbefunde, bei fieberhaften katarrhalischen Prozessen. Verf. ist es wahrscheinlicher, daß in den meisten Fällen eine reichlichere Vermehrung der Meningokokken zunächst im Liquor stattfindet, ehe es zu einer Meningokokkensepsis kommen kann, wohlgemerkt zu einer mit der Blutagarplatte nachweisbaren. Es braucht kaum betont zu werden, daß der Nachweis mit der Blutagarplatte unwahrscheinlich wird, wenn es sich nur um den Einbruch geringer Mengen von Meningokokken handelt, wie etwa von der Schleimhaut aus. Um zu einem definitiven Urteil nach dieser Richtung zu gelangen, müßte man darüber unterrichtet sein, inwieweit der ganze regionäre Lymphapparat bei Meningokokkenpharyngitis von Meningokokken infiltriert ist. Auch darüber fehlen alle Untersuchungen. In obigem Falle ist übrigens eine Untersuchung des Nasenrachenraums auf Meningokokken nicht vorgenommen worden, die bei künftig sich ereignenden Fällen derart nicht unterlassen werden sollte. Genickstarrefälle hatten sich in der Umgebung des Patienten nicht ereignet. Der Vater des Patienten gibt an, daß dieser viele Wochen lang vor dem Unfall an hartnäckigem Schnupfen gelitten habe. Im übrigen wissen wir ja durch die Untersuchungen von Georg Mayer, Waldmann, Fürst und G. B. Gruber u. a., daß die Meningokokken auch außerhalb von Epidemiezeiten auf der völlig gesunden Pharynxschleimhaut gar kein ungewöhnliches Vorkommnis sind, wenn auch die Annahme einer „Ubiquität" für die Rachenschleimhaut über das Ziel hinausschießen dürfte.

Vielleicht mahnt der Fall, künftig öfter bei Meningitisfällen, besonders der Kinder, an Kopfverletzungen zu denken, als es wohl bislang zu geschehen pflegte, selbst wenn diese längere Zeit den ersten Symptomen vorausliegen sollten. Grätzer.

K. Ochsenius (Chemnitz), Über Uzaron bei Durchfällen im Kindesalter. (M. m. W. 1915 Nr. 50.) Verf.s Erfahrungen mit Uzaron stützen sich auf reichlich 100 Fälle von Darmkatarrhen bei Kindern im Alter von 9 Monaten bis zum vollendeten 3. Lebensjahr. Versagt hat das Mittel nur in einem einzigen Falle, in dem Verf. allerdings der Mutter hinsichtlich der Ausführung seiner diätetischen sowie medikamentösen Anordnungen nicht ganz trauen kann.

Die Erfolge waren stets ausgezeichnet, mitunter frappant. Die Wirkung gestaltete sich so, daß die Kinder sehr bald ruhiger wurden,

die Entleerungen sofort seltener und auch schnell konsistenter wurden, bis nach einigen Tagen der normale Stuhl eintrat, natürlich unter Einhaltung einer entsprechenden Diät. In zwei Fällen von Colitis membranacea, die mit außergewöhnlich starker Schleimabsonderung einhergingen, hat Verf. gegen dieses Symptom noch Bismutum bitannicum herangezogen und in dem einen Falle auch Einläufe mit Acid. tannicum. Sonst hat er stets mit Uzaron die Schleimabsonderung restlos bekämpfen können.

Obwohl der Geschmack nicht ganz angenehm ist und die Resorption als Suppositorium vom Darm aus schneller vor sich gehen soll, so rät Verf. doch auf Grund seiner Erfahrungen am meisten die Einnahme per os in Form des Liquor Uzara an. Nach mancherlei Versuchen möchte er als die beste Formel empfehlen:

Rp. Liq. Uzara
Tinct. Cinnam. āā 5,0
DS. 3mal täglich 12—20 Tropfen in Saccharinwasser.

Die darmberuhigende Wirkung wird zurückgeführt auf eine periphere Reizung des Splanchnikus. Eine zentrale Wirkung, ähnlich der des Opiums, hat Verf. niemals beobachtet. Die blutdrucksteigernde Wirkung des Uzarons ist mitunter recht angenehm in der Privatpraxis, da die Kinder häufig sofort nach der ersten Dosis rosiger aussehen. Grätzer.

Erich Ebstein (Elbing), Eine neuartige Behandlung des Keuchhustens. (Ebenda. 1916 Nr. 2.) Es ist dies die Diathermierung der Kehlkopfgegend von außen: rechts und links vom Kehlkopf wird am Halse je eine Stromzuführungsplatte mit mäßigem Drucke aufgesetzt und dann während 5—10 Minuten 1—2mal am Tage ein Strom von 0,25—0,6 Ampère (nicht Milliampère!) hindurchgeschickt; die Wirkung ist verblüffend: Vor allem bleibt merkwürdigerweise die Nachtruhe von nun an ungestört. Und auch am Tage treten richtige Erstickungsfälle mit dem so sehr gefürchteten Stimmritzenkrampf gar nicht mehr auf! Nur am Tage mehrmals wird ein lockerer Auswurf ohne Angstgefühle ausgehustet. Allerdings: der „gewöhnliche" elektrische Strom der guten alten Zeit tut es nicht, es muß schon der sogenannte dia- oder endothermische Strom (auch Thermopenetration wird das Verfahren genennt) sein. Hierbei handelt es sich nicht um einen elektrischen „Strom", sondern um elektrische Wellen, die gleichen Wellen, die bei der drahtlosen Telegraphie verwendet werden. Für die Patienten ergibt sich die Annehmlichkeit, daß die Diathermierung nicht so kribbelt, wie der gar nicht „gute, alte" faradische Strom: das sogenannte Elektrisierungsgefühl fehlt hier vollkommen, man empfindet nur ein Einströmen von Wärme in den Körper. Und deswegen lassen sich selbst kleine Kinder gern mit dem „Penetrotherm" behandeln, im Gegensatz zum Faradisieren. Grätzer.

Kurt Ochsenius (Chemnitz), Einige bemerkenswerte Fälle aus der Praxis. (Ebenda.) Verf. gibt folgende Krankengeschichten:

I. Am 27. Juni 1910 wurde er zu einem 2jährigen Knaben A. M. gerufen, der vor 11 Tagen mit Erfolg geimpft war und bei dem sich unter heftigem Fieber neue Impfpusteln gebildet hätten.

Es handelte sich um ein mäßig kräftiges Kind mit Zeichen überstandener Rachitis. Impfstelle mit 4 gut entwickelten Pusteln stark gerötet. Weitere typische Pusteln — natürlich sekundärer Natur — an beiden Augenlidern, rechter Halsseite, am rechten Ohr, rechten Ellenbogen, rechtem Oberschenkel, linkem Gesäß.

Vor allem aber, und das hat Verf. bisher noch nie verzeichnet gefunden, 4 Pusteln auf der Zunge, und zwar 2 an der Zungenspitze, eine an der linken Seite und eine auf der Oberfläche. Wohl verzeichnet z. B. Jochmann, daß Impfpusteln auf der Mundschleimhaut beobachtet worden sind, aber keiner der dem Verf. bekannten Autoren erwähnt das Vorkommen auf der Zunge.

Natürlich konnte bei der starken Schwellung der Zunge der Knabe einige Tage lang nur wenig flüssige Kost zu sich nehmen, dann aber heilte in 5 Tagen die Zunge völlig ab.

II. Am 15. Januar 1912 wurde Verf. zu einem 6jährigen Knaben H. R. gerufen, der am Tage vorher von seinem Bruder einen Schlag mit der Hand ins Gesicht erhalten hatte und bei dem sich heute eine starke Rötung an der getroffenen Stelle zeigte.

Verf. fand ein typisches Masernexanthem im Gesicht auf dem unteren Teil der Stirn, auf der Nase und den Wangen, fächerförmig, genau entsprechend der Schlagfläche der Hand bzw. der Finger. Kopliksche Flecke, leichte Konjunktivitis, beginnendes Enanthem, aber sonst noch kein Exanthem, das sich am übernächsten Tag erst einstellte. Typischer Verlauf, nur als Komplikation leichte Otitis media.

Die Fälle, in denen sich das Masernexanthem zuerst an Stellen einer mechanischen Reizung zeigt, sind ja nicht allzu selten; in diesem Falle gewann Verf. den Eindruck, daß der Ausbruch des Exanthems durch den Schlag vorzeitig provoziert wurde.

III. Knabe Fr. D., $5^1/_2$ Jahre alt, wurde vom Verf. bereits im Januar 1915 an Masern und anschließendem Keuchhusten behandelt. Wegen Halsdrüsenvereiterung war 2 Jahre vorher eine Operation (Exstirpation der Drüse) in M. vorgenommen worden. Erneute Lymphadenitis mit Fistelbildung im Mai 1915. Pirquetsche Reaktion am 22. August 1915 sehr stark positiv, der Durchmesser der Area betrug 2,0 bzw. 1,5 cm. Die sichtbare Reaktion verschwand nach 5 Wochen.

Am 23. Oktober 1915 wurde Verf. gerufen mit der Begründung, die Tuberkulose sei wieder ausgebrochen und verbreite sich über den ganzen Körper. Verf. fand: Angina und Scharlachenanthem. Am Körper beginnendes typisches Scharlachexanthem, das an den beiden alten Pirquetimpfstellen ganz besonders deutlich ist. Hier konfluieren die Papeln und bilden zusammenhängende rote Flecke von der Größe 3,5 : 3,0 bzw. 2,5 : 3,0 cm. Dadurch, daß das Exanthem an diesen beiden Stellen begonnen hatte, war die Mutter zu der Annahme gekommen, die Tuberkulose sei im Ausbruch. Der weitere Krankheitsverlauf war normal, das Exanthem verblaßte nach 4 Tagen, hielt sich aber auf den Pirquetstellen am längsten. Dementsprechend trat die Abschuppung — abgesehen von den Füßen, wo die Haut sich in Fetzen ablöste — an den beiden Impfstellen am stärksten ein. Grätzer.

E. Feer, Zum Milchbedarf des Kindes und zur Ätiologie und Behandlung der Rachitis. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Zürich.) (M. Kl. 1916 Nr. 8.) Nach persönlichen Beobachtungen in den letzten 10 Jahren ist Verf. darauf geführt worden, die Kuhmilch bei künstlich gefütterten gesunden Säuglingen mehr und mehr zu vermindern, und gibt seit Jahren als Maximum 600 g im Tag, welche Menge auch am Ende des 1. Lebensjahres nicht überschritten, im 2. Jahre stark beschränkt wird.

In zahlreichen Fällen hat Verf. sich überzeugt, daß diese Milchmengen vollauf genügen und ein ungestörtes Gedeihen in viel höherem Maße sichern als die großen, früher auch von ihm gegebenen Mengen, so daß er nie mehr veranlaßt wurde, über 600 g im Tage hinauszugehen. In einer Anzahl von Fällen wurden 500 g nicht überstiegen, wo schon Mengen von 600—700 g dem Gedeihen nicht förderlich waren, auch da, wo kein Milchnährschaden vorlag.

In anderen Fällen (Ammenkinder in der Klinik, Privatpraxis) wurde im allgemeinen die Milch im 1. Jahre höchstens auf 600 g gesteigert, am Anfang des 2. von 500 auf 400, am Ende des 2. Jahres auf 300 g, gelegentlich auch auf 200 g vermindert. Meist wurde die Milch schon im 1. Halbjahr auf ihr Maximum gebracht, indem nach der Budinschen Regel pro Kilo Körpergewicht ungefähr 100 g Milch gegeben wurde, ohne diese weiterhin zu vermehren, wenn 500—600 g erreicht waren. Ein Mehlnährschaden oder andere Störungen, die auf ungenügende Milchmenge oder Übermaß an Kohlehydraten hätten bezogen werden können, kamen nie zur Beobachtung.

Von großer Wichtigkeit bei dieser knappen Milchernährung ist die frühzeitige Zugabe von Kohlehydraten, Gemüse und Obst, wobei das Nahrungsvolumen durch Wasser auf das physiologische Maß gebracht wird.

Mit der Zuckerzulage beginnt man sofort nach der Geburt bzw. bei der Aufnahme der künstlichen Ernährung (Milch-, Rohr- oder Nährzucker, seltener etwas Malzextrakt, nach den bekannten Indikationen) und steigt rasch auf etwa 20—30 g im Tag, die bis zum Schlusse des 1. Halbjahres beibehalten, dann allmählich durch Mehle ersetzt werden.

Mit dem Mehl beginne man Ende des 1. oder anfangs des 2. Monats und gebe pro Monat und Tag etwa 5 g. Das Kind erhält somit mit 6 Monaten ungefähr 20—30 g (zuerst etwas Reismehl, nach einigen Monaten Hafermehl).

Vom 6. Monat an erhält das Kind mittags eine Grießsuppe, steigend von etwa 15 auf 25 g Grieß in ganz dünner Fleischbrühe oder mit einer Spur Salz in Wasser gekocht, dazu bald grüne Gemüse in feinster Breiform (Spinat, Kartoffeln, Blumenkohl, Karotten usw.). Man beginnt mit einem Kaffeelöffel voll und steigert die Menge, wenn das Gemüse gut vertragen wird, ganz allmählich bis zu 3 bis 5 Eßlöffel voll am Ende des Jahres.

Frische Obstsäfte nehmen die Kinder schon vom 4. Monat an kaffeelöffelweise gerne, später Apfelbrei, lieber noch womöglich rohen geschabten Apfel, Bananen, fein zerdrückte Beerenfrüchte usw.

Im 2. Jahre vermehrt man Kohlehydrate, Obst und Gemüse und vermindert die Milch. Fleisch und Eier sind ganz entbehrlich.

Bei solch gemischter Kost sind im 1. Lebensjahre 600 g Kuhmilch in jedem Falle genügend, auch für den älteren Säugling. Im 2. Lebensjahre kann man die Tagesmenge fast stets mit Nutzen auf 300 g heruntersetzen.

Der Speisezettel für den gesunden Säugling (8—10 kg) lautet am Ende des 1. Lebensjahres etwa folgendermaßen:

7 Uhr = 200 g Milch, ein Zwieback (10 g) trocken oder eingekocht.

10 Uhr = 100 g Milch, 100 g Wasser, 15 g Hafermehl, 5 g Zucker, $^1/_2$ Apfel, roh, geschabt, oder $^1/_2$ Banane.

1 Uhr = 25 g Grieß in 200 g dünner Fleischbrühe (oder eine Spur Fleischextrakt mit einer Spur Salz), mit dem Löffel zu essen; 50 g (bis 100 g) Spinat oder sonstiges grünes Gemüse mit 5 g Butter, ein Zwieback.

4 Uhr = 150 g Milch mit 50 oder 100 g Wasser, ein Zwieback (oder Brotrinde).

7 Uhr = 150 g Milch, 100 g Wasser, 20 g Hafermehl, 5 g Rohrzucker, etwa 30—50 g Apfelbrei oder Apfel roh zerrieben.

Das Kind erhält somit 29 g Eiweiß, davon 19 g in der Milch, 27 g Fett, 107 g Kohlehydrate = 820 Kalorien.

Verhältnis von Eiweiß zu Fett und zu Kohlehydraten = 1 : 1 : 4.

Speisezettel für das gesunde Kind am Ende des 2. Jahres (12 kg):

7 Uhr = 150 g Milch, 30 g Brot (trocken zu essen).

10 Uhr = 50 g Brot mit 5 g Butter, ein Apfel (geschält, roh).

1 Uhr = 25 g Reis (Sago, Grieß usw.) mit Fleischbrühe gekocht oder eine Spur gesalzen, 100 g und mehr Gemüse (Blattgemüse, Kartoffeln), Karotten, Kohl usw., fein zerteilt, mit 10 g Butter gekocht. (Bei Buttermangel kann auch ein anderes Speisefett verwendet werden.)

4 Uhr = 50 g Brot mit Obst (ein Apfel, Birne, Himbeeren, Erdbeeren).

7 Uhr = Brei (150 g Milch, 24 g Fett, 160 g Kohlehydrate = 930 Kalorien.

Verhältnis von Fett zu Eiweiß und zu Kohlehydraten = 1 : 1 : 7.

Unter den Ernährungsfehlern ist es die einseitige Fütterung und Überfütterung mit Milch, welche als Ursache der Rachitis anzuschuldigen ist. Wenn dabei auch bisweilen reichlich Mehle mitgegeben werden, so spricht doch der Umstand zuungunsten der Milch, daß Verf. häufig schwere Rachitis bei ausschließlicher oder ganz überwiegender Milchernährung sieht und sie häufig bei einseitiger Mehlernährung vermißt.

Czerny-Keller, Esser u. a. haben mit Nachdruck auf diese Wirkung der Milch hingewiesen. Es ist aber noch wenig bekannt, daß gerade die schwersten Fälle von Rachitis sich bei Kuhmilchernährung einstellen können. Für Verf. war diese Beobachtung unter anderem mit der Grund, die Milch der Säuglinge auf die oben angegebenen kleinen Mengen herunterzusetzen. Die günstige Wirkung knapper Milchzufuhr zeigt sich durchgehends. Die Säuglinge, welche höchstens 600 g Kuhmilch mit der richtigen Beikost erhalten, zeigen selbst bei starkem Wachstum keine oder nur leichte Zeichen von

Rachitis, deutliche nur etwa dann, wenn die respiratorische Noxe daneben in ungewöhnlich starkem Grade wirksam ist. Man beachte die ausgezeichneten Verhältnisse des Knochensystems und der Leistungen des oben angeführten Kindes, das in seinem Leben höchstens 500 g Milch im Tage erhielt. Häufig findet man dabei die Fontanelle schon am Ende des 1. Jahres geschlossen. Selten dagegen trifft man in der Stadt einen Säugling, der im Tage 1 Liter Kuhmilch oder noch mehr genießt, der dabei nicht Zeichen von Rachitis aufweist, gute Gewichtszunahme vorausgesetzt. Hier macht sich nun der Einfluß der respiratorischen Noxe deutlich bemerkbar. Die Kinder der reichen Klasse, die in luftiger Wohnung leben, täglich viel ins Freie gelangen, können trotz der übermäßigen Milchnahrung nur Spuren von Rachitis aufweisen (nie schwere Symptome), wogegen das Proletarierkind aus dumpfer Wohnung bei der gleichen Milchmenge eine schwere Form der Krankheit erwirbt, der es bei knapper Milchdiät entgeht.

Aus Stoffwechseluntersuchungen ergibt sich, daß einseitige und übermäßige Milchnahrung den Kalkstoffwechsel oft ungünstig beeinflußt, so daß nahe Beziehungen zur Entstehung der Rachitis gegeben sind.

In der Behandlung der Rachitis muß die Ernährung stets in erster Linie berücksichtigt werden. Diesen Punkt der Ätiologie vermögen wir auch am meisten zu beeinflussen. Die beste Prophylaxe gegen Rachitis beim Flaschenkinde ist die richtige Zusammenstellung und Menge der Nahrungsstoffe. Sie deckt sich nach Verf.s Erfahrungen mit der oben geschilderten Ernährung, also wenig Milch mit Zugabe von Kohlehydraten, Gemüse und Obst. Noch wichtiger ist diese Ernährung in der Behandlung der manifesten Rachitis, wobei Verf. empfiehlt, die Milchmenge noch mehr zu verringern, also bei jüngeren Säuglingen etwa 300—400 g, bei älteren höchstens 500 g zu verabreichen.

Diese Ernährungsart ist wirksamer als die ausschließlich medikamentöse Therapie und genügt in leichten Fällen, obschon man nie versäumen wird, die respiratorische Noxe zu bekämpfen, d. h. die Kinder so viel als möglich ins Freie und an die Sonne bringen zu lassen, für reines Bett und luftige Wohnung zu sorgen. Grätzer.

Oscar Beck, Erbsyphilis und akustischer Ohrapparat. (Aus der k. u. k. Universitäts-Ohrenklinik in Wien.) (Ebenda. 1916 Nr. 12.). Es sei dieser „klinische Vortrag“ in toto wiedergegeben.

„Von der hereditären Syphilis können das äußere, das Mittel- und das innere Ohr befallen werden.

Die verschiedenen Formen der Syphilide, die in der Umgebung der Ohrmuschel, an der Ohrmuschel selbst und am äußeren Gehörgang bei hereditär-luetischen Kindern auftreten, unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen an anderen Körperstellen, weshalb von deren Besprechung, weil mehr zur Dermatologie gehörig, abgesehen werden soll.

Die katarrhalischen und eitrigen Erkrankungen des Mittelohres zeigen wohl bei erbsyphilitischen Kindern zuweilen einen atypischen

Verlauf. Es findet sich jedoch nichts, was klinisch oder anatomisch für die Lues hereditaria charakteristisch wäre. Die Krankheitsbilder sind ganz ähnlich jenen, die wir bei akquirierter Syphilis beobachten und deren hervorstechendste Merkmale der schleichende, oft völlig schmerzlose Beginn und der torpide, protrahierte Verlauf der Entzündung sind. Bei der Tuberkulose, bei der Leukämie, bei der Karzinomkachexie und allen jenen Erkrankungen des Gesamtorganismus, die dessen Widerstandsfähigkeit herabsetzen, sind die Verhältnisse ganz ähnlich, weshalb ich mir für diese Art der Entzündung der Paukenhöhle die Bezeichnung „dyskrasische Otitiden“ vorzuschlagen erlaubte.

Der Umstand aber, daß gerade bei solchen Kindern häufig Mittelohraffektionen beobachtet werden, ist mit der Syphilis als solcher in keinen ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Es handelt sich ja fast ausnahmslos um Individuen, die, abgesehen von ihrer schwächlichen Konstitution, eine Vermehrung der lymphatischen Elemente des Nasenrachenraums besitzen, die auch bei Nichtsyphilitischen durch mechanischen Tubenabschluß eine Gefahr für das Gehör und als Eintrittspforte für Infektionen eine Gefahr für die sekundäre Erkrankung der Mittelohrschleimhaut bedeutet.

Es gibt aber nur wenige Erkrankungen des inneren Ohres und seiner zentralen Bahnen, die in ihrem klinischen Bilde so scharf umschrieben, trotzdem so viel Interessantes bieten, als jene, die durch Erbsyphilis bedingt sind. Der besseren Übersicht halber möchte ich nach der Häufigkeit folgende Haupttypen scharf sondern: 1. Die isolierten Affektionen des akustischen Ohrapparates. 2. Die gleichzeitige Erkrankung von Kochlear- und Vestibularapparat. 3. Die isolierte Erkrankung des statischen Labyrinthes und seiner zentralen Bahnen.

Nur die Affektionen des akustischen Apparates möchte ich im folgenden des genaueren besprechen.

Warum das Ohr überhaupt, und speziell sein akustischer Anteil, ein Lieblingssitz der Erbsyphilis ist, ist eine noch ungelöste Frage. Hutchinson hat in seiner klassischen Arbeit die bekannte Symptomentrias von Augen-, Zahn- und Ohrerkrankung festgelegt. Er selbst fand nach seiner Statistik 15% Taubheit bei hereditär-syphilitischen Kindern. Sieht man aber von diesen ganz schweren Affektionen ab und rechnet zu den Ohrerkrankungen auch die leichteren und mittelschweren Fälle von Hördefekten hinzu, so stellt sich der Prozentsatz wesentlich höher. Die verschiedenen diesbezüglichen Angaben der Autoren, die zwischen 20—30% schwanken, erklären sich aus der Verschiedenheit des Materials und der Schwere der in die Statistik eingereihten Fälle. Baratou gibt 33% an, Alexander 25%. Wir können auf Grund des von uns an der Klinik seit Jahren beobachteten Materials deshalb keine zahlenmäßigen Belege für die Häufigkeit der erbsyphilitischen Ohrerkrankungen geben, weil ja die Ohrenklinik a priori nur von ohrkranken Individuen aufgesucht wurde.

Ebenso schwankend sind die Angaben über die Häufigkeit der Zahndeformität und der Augenerkrankungen, die sich gleichzeitig bei

ohrkranken Syphilitikern finden. Sicherlich überwiegt die Zahl der Augenerkrankungen ganz bedeutend über die des Ohres. Dies gilt besonders für die schweren Fälle, die selten bei bestehender Taubheit oder hochgradiger Schwerhörigkeit ohne Keratitis parenchymatosa beobachtet werden. Sind aber Ohr- und Augensymptome bei einem Falle vergesellschaftet, so tritt die Ohraffektion fast ausnahmslos später auf als die Erkrankung an der Hornhaut.

Es gibt aber eine ganz große Zahl von erbsyphilitischen Ohrerkrankungen, bei denen das Ohr als einziges Symptom der Hutchinson-Trias klinisch in Erscheinung tritt. Allerdings handelt es sich dabei in der Regel um Patienten, bei denen die Einschränkung des Gehörs nur mäßig ist. Die vollentwickelte Trias konnte Alexander nur bei 2% seiner Fälle beobachten. Wir können aber aus einer ganzen Anzahl von Symptomen die Diagnose auf Taubheit bzw. Schwerhörigkeit, bedingt durch Erbsyphilis, mit solcher Sicherheit stellen, daß wir der Augen- und Zahnerscheinungen entbehren können; besonders bei den schwer verlaufenden Fällen ist die Anamnese so charakteristisch, daß wir nur durch diese allein und ohne nach anderen Zeichen von Erbsyphilis zu forschen, ja auch ohne Anstellung einer Blutprobe mit absoluter Sicherheit eine erbsyphilitische Ertaubung annehmen können, selbst dann, wenn von den Eltern eine Infektion negiert wird: Die Angehörigen des Patienten berichten, daß das scheinbar ohrgesunde oder manchmal etwas harthörige Kind bei bestem Wohlbefinden zu Bette gegangen ist; des Morgens erwacht es und ist total taub. Die Untersuchung des mittleren Ohres ergibt normale oder durch Tubenabschluß katarrhalisch veränderte Trommelfelle. Der Kochlearapparat ist vollständig untergegangen. Es besteht also komplette Taubheit für Sprachgehöhr, Stimmgabeln und die stärksten Tonquellen. Vestibularen Spontannystagmus kann man nicht nachweisen. Klagen über Schwindelgefühl und Gleichgewichtsstörungen fehlen, und die statischen Labyrinthe reagieren in typischer Weise auf die ihnen zugeführten Reize. Eine solche Anamnese im Verein mit dem eben angeführten Befunde spricht eindeutig für Erbsyphilis.

Ein so plötzlicher Verlust des Gehörs an beiden Ohren könnte nur noch bei der Leukämie gefunden werden. Bei diesen Blutungen handelt es sich aber meist um ältere Personen, die schon vorher erkrankt waren. Außerdem ist bei leukämischen Blutungen der Untergang des akustischen Apparates mit einer gleichzeitigen Ausschaltung des statischen Labyrinthes vergesellschaftet, mit seinen schweren vestibularen Erscheinungen (unstillbarer Brechreiz, Schwindelgefühl, Gleichgewichtsstörungen), mit starkem Spontannystagmus und aufgehobener Reflexerregbarkeit des Labyrinthes. Solche Kranke sind bettlägerig, fürchten den Kopf zu bewegen und zeigen ein fast unstillbares zerebrales Erbrechen. Personen mit erbsyphilitischer Ertaubung machen, abgesehen von ihrem Ohrdefekt, den Eindruck Gesunder und bringen keine anderen Klagen vor als die von seiten des Gehörs.

Auch das Alter, in dem sich derartige Ereignisse einstellen, ist ein ziemlich charakteristisches; meist um das 10. Lebensjahr. Die

in solchen Fällen vorgenommenen Blutproben ergeben in der Regel einen positiven Ausfall der Serumreaktion.

Die apoplektiform einsetzende und prognostisch absolut infauste Taubheit umfaßt nur einen geringen Teil der erbsyphilitischen Affektionen des akustischen Apparates. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle entwickelt sich der Prozeß schleichend und führt von geringer bis zu hochgradiger Herabsetzung des Gehörs, zuweilen zur vollkommenen Taubheit. Auch in solchen Fällen ist der Beginn der Erkrankung um das 10. Lebensjahr. Diese Kinder zeigen dann, mehr oder minder entwickelt, die beiden übrigen Triassymptome. Allerdings am häufigsten die Veränderung an der Kornea. Jede früh einsetzende Affektion des nervösen Kochlearapparates ist von vornherein auf Erbsyphilis suspekt. Die Familienanamnese, die Wa.R. werden die Diagnose erhärten. Es ist merkwürdig, daß derartige Erkrankungen prognostisch um so ungünstiger zu beurteilen sind, je älter das betroffene Individuum beim ersten Auftreten der Symptome ist. Der älteste von uns an der Klinik beobachtete Fall betrifft eine 24jährige Tänzerin. Die Patientin war wohl schon früher etwas schwerhörig, konnte aber dem Orchester auch beim Pianissimo folgen. Wegen einer Keratitis parenchymatosa wurde sie einigemal antiluetisch behandelt. Innerhalb zweier Monate sank unter starken subjektiven Geräuschen das Hörvermögen derart herab, daß die Kranke auf einem Ohr komplett ertaubte und am anderen nur ins Ohr geschriene Worte verstehen konnte. Bei vielen schleichend beginnenden Fällen entscheidet der Zeitraum um die Pubertät und die nächstfolgenden Jahre das Schicksal eines solchen Menschen. Ist diese Klippe umschifft, dann kann man bezüglich des Gehörs die Prognose günstiger stellen.

Ein dritter Typus von hereditär-luetischen Erkrankungen des schallperzipierenden Apparates umfaßt Menschen, bei denen die Klagen über starke, äußerst quälende subjektive Ohrgeräusche im Vordergrunde der Erscheinungen stehen. Das Gehör ist zuweilen so wenig geschädigt, daß erst eine genaue klinische Untersuchung eine Alteration des Kochlearapparates aufdeckt. Bei solchen Kranken bleibt das Gehör meist erhalten. Eine Verschlechterung ist sehr unwahrscheinlich, und die meistens nicht zu beeinflussenden Ohrgeräusche bilden das einzige Symptom ihrer Ohrerkrankung.

Es können also die durch dieselbe Ätiologie bedingten Kochlearaffektionen innerhalb Variationsbreiten schwanken, deren Extrem auf der einen Seite die subjektiven Geräusche bei normalem Gehör, auf der anderen Seite die komplette Taubheit bilden. Es drängt sich deshalb die Frage auf, ob durch die Feststellung des Zeitraumes von der Infektion der Mutter bis zur Geburt des Kindes, ferner durch die Anzahl der vor der Geburt des Kindes durchgemachten Kuren ein Rückschluß gestattet wäre auf die Schwere der bei den Nachkommen sich äußernden Symptome der Ohrsyphilis. Am geeignetsten erschien hierzu die Untersuchung solcher Familien, bei denen sich mehrere erbsyphilitische ohrkranke Kinder finden.

Bisher konnte ich nur bei drei Familien genaue Angaben erheben. Bei dem einen Falle war die Infektion der Mutter offenbar

bei der Heirat erfolgt. Nach einem Abortus im 4. Monat kam nach einem weiteren Jahre ein Knabe zur Welt, nach weiteren 3 Jahren ein Mädchen und nach weiteren 2 Jahren ein Knabe. Die Kinder zeigten sämtlich eine Keratitis parenchymatosa. Zur Zeit der Ohruntersuchung war der älteste Knabe 12 Jahre alt; er war auf einem Ohr fast komplett taub, auf dem anderen hörte er 3 Meter Konversationssprache. Das 9jährige Mädchen besaß wohl noch für starke Stimmgabeltöne Hörreste; eine Verständigung war mit ihm völlig ausgeschlossen; es mußte als taubstumm bezeichnet werden und las vom Munde ab. Das jüngste Kind, ein 7jähriger Knabe, hörte auf jedem Ohr etwa 5 Meter Konversationssprache.

Bei der zweiten Familie handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, das beiderseits weniger als 1 Meter Konversationssprache hörte, und um einen 6jährigen Knaben, der wohl auch wie seine Schwester die typische Veränderung der Hornhaut zeigte, jedoch beiderseits normale Gehörorgane aufwies.

Bei der dritten Familie wurde über einen im Alter von 10 Jahren an einer akuten Infektionskrankheit (offenbar Pneumonie) verstorbenen Knaben berichtet, der hochgradig schwerhörig gewesen sein soll.

Zur Untersuchung kam ein 8jähriges Mädchen, das seit einem Jahre an rasch fortschreitender Schwerhörigkeit litt. Die Hörweite war beiderseits $^{1}/_{2}$ Meter Konversationssprache. Ihr 6jähriger Bruder hörte auf einem Ohre 2 Meter, auf dem anderen 4 Meter Konversationssprache.

Im ersten Falle wußte die Mutter nichts von ihrer Infektion; sie war auch vor der Geburt des ersten Kindes nicht antiluetisch behandelt worden. Bei den beiden anderen Fällen wurde über regelrechte Quecksilberkuren vor der ersten Konzeption berichtet.

Es läßt sich also, wenigstens bei meinen Fällen, kein Unterschied erkennen bezüglich der Schwere der Ohrerscheinungen der Kinder und der bei den Müttern eingeleiteten antiluetischen Behandlung. Bei allen drei Fällen war nach der Geburt des ersten Kindes die Mutter antiluetisch behandelt worden. Die später geborenen Kinder zeigten nur wenig Unterschiede gegenüber denen, die von der nicht oder weniger ausgiebig behandelten Mutter geboren wurden. In der Familie II finden wir sogar nach der Behandlung ein taubstummes Kind, während der um 3 Jahre ältere Bruder ein sozial noch ausreichendes Gehör besitzt. Die Beobachtung, daß die hereditäre Erbsyphilis des Ohres beim weiblichen Geschlechte häufiger auftritt als beim männlichen, ist eine bekannte Tatsache. Es zeigen aber diese drei Familien, daß selbst innerhalb derselben Familie die weiblichen Individuen die schwersten Ohrveränderungen zeigen. Auffallend ist ferner, daß mit dem Alter der Infektion der Mutter und durch mehrere regelrechte antiluetische Behandlungen eine Abnahme in der Schwere der Ohrerscheinungen bei den später geborenen Kindern nicht zu beobachten ist. Ob ein größeres Beobachtungsmaterial die erwähnten Erscheinungen bestätigen wird, läßt sich noch nicht entscheiden.

Zeigen nun die durch die Erbsyphilis bedingten Affektionen

des akustischen Apparates bei Anwendung unserer jetzigen klinischen Untersuchungsmethoden gewisse Besonderheiten, oder ist der Befund nicht verschieden von jenen Kochlearerkrankungen, die bei gleich starker Herabsetzung des Gehörs durch andere Noxen, z. B. Infektionskrankheiten, Intoxikationen usw., bedingt sind?

Bei den Untersuchungen über die Dauer der Kopfknochenleitung, die ich bei akquirierter Syphilis im sekundären Stadium der Erkrankung anstellte, konnte ich darauf hinweisen, daß in etwa 80% der Fälle bei solchen Individuen trotz völlig normalen Gehörs die Kopfknochenleitung für mittlere Stimmgabeltöne wesentlich herabgesetzt sei. Es ist dieser Befund ein so regelmäßiger, daß er mit Ausnahme einiger weniger differentialdiagnostisch in Betracht kommender Erkrankungen als für die Lues fast charakteristisch angesehen werden kann. Über die Verkürzung der Kopfknochenleitung bei der Lues finden wir schon bei älteren Autoren vereinzelte Angaben, und in letzter Zeit hat Wanner wieder auf diesen Umstand hingewiesen.

Bei der Erbsyphilis scheinen die Verhältnisse analog zu liegen. Das auffallend schlechte Gehör, das man bei hereditär-luetischen Kindern bei Vorhandensein eines Mittelohrkatarrhs feststellen kann, erklärt sich fast ausnahmslos aus einer gleichzeitigen Mitbeteiligung des Labyrinthes. Die Funktionsprüfung weist auf eine Erkrankung des schallperzipierenden Apparates hin. Es ist nicht nur die obere Tongrenze eingeschränkt, sondern, was gerade in solchen Fällen unsere Aufmerksamkeit auf Erbsyphilis lenken wird:

Die Kopfknochenleitung ist hochgradig herabgesetzt, und die Verkürzung der Kopfknochenleitung ist wesentlich größer, als der Hörweite des Individuums entsprechen sollte. Diese Tatsache wurde von allen Untersuchern ausnahmslos hervorgehoben (Moos, Habermann usw.).

Es ist biologisch recht interessant, daß die hereditär-luetische Erkrankung des Gehörorgans mit einer anderen exquisit vererbbaren Ohrerkrankung, nämlich der Otosklerose, symptomatisch, klinisch und nach mancher Richtung auch anatomisch gewisse Ähnlichkeit zeigt. Man findet wohl bei älteren Autoren (Voltolini, Doonre, Habermann, Ostmann) die Meinung vertreten, daß der Lues eine gewisse Bedeutung für die Ätiologie der Otosklerose zukommt; es ist aber dieser Standpunkt heute nicht mehr zu halten. Serologische Untersuchungen, die ich anstellte, ergaben, daß 4,7% von Otosklerotikern einen positiven Ausfall der Wa.R. zeigten. Wenn sich nun unter 100 Otosklerotikern 5 mit einem positiven Blutbefund finden, so gestattet dies bei der großen Häufigkeit der Syphilis keine ätiologischen Schlüsse. Arzt, Busch und Zange sind zu dem gleichen Ergebnis gelangt.

Beiden Erkrankungsformen des Ohres ist eine familiär degenerative Veranlagung gemeinsam, was aus der Tatsache erhellt, daß in derselben Familie Otosklerose und erbsyphilitische Schwerhörigkeit nebeneinander einhergehen können.

Obgleich Siebenmann an histologischen Präparaten den Beweis erbringen konnte, daß sich schon beim Fötus otosklerotische

Knochenveränderungen finden können, wird diese Erkrankung ebenso wie die Erbsyphilis des Ohres erst von einem bestimmten Lebensalter an manifest. Bei beiden Krankheitstypen findet man meist Ohrensausen als Prodromalsymptom. In nicht wenigen Fällen wird man auf Grund der subjektiven Geräusche, unterstützt durch das Verhalten der Kopfknochenleitung, trotz normalen Gehörs eine latente Otosklerose annehmen dürfen und eine erst nach Jahren auftretende Schwerhörigkeit annehmen können. Wie bei der Erbsyphilis wird auch von der Otosklerose das weibliche Geschlecht häufiger befallen. Es geht aber die Analogie noch weiter. Unsere Annahme, daß sich um die Zeit der Pubertät die ersten Symptome der Otosklerose einstellen, besteht wohl für eine große Anzahl von Fällen zu Recht. Eine genaue Anamnese und die systematische Untersuchung von otosklerotischen Familien zeigt aber, daß das Auftreten der ersten Krankheitsäußerungen wahrscheinlich nur eine Verschlechterung der früher vom Patienten nicht bemerkten Hördefekte bedeutet. Es wird auch bei beginnenden Fällen über verminderte Hörkraft nur auf einem Ohr geklagt. Die Funktionsprüfung wird aber fast ausnahmslos eine beiderseitige Affektion aufdecken; denn auf dem angeblich gesunden Ohr ist die Einschränkung des Gehörs noch so gering, daß sie beim biauralen Hörakt nicht zum Bewußtsein kommt. In fortgeschrittenen Fällen sind aber ausnahmslos beide Gehörorgane betroffen, ebenso wie bei der Lues hereditaria.

Auch der histologische Befund bei Otosklerose bietet scheinbar manche Zeichen von hereditär-luetischer Knochenentzündung: Vor allem handelt es sich, wie bei letzterer, um einen sehr chronisch verlaufenden Prozeß. Auch in der Beteiligung der Blutgefäße und (wenigstens mitunter des Periosts) an den pathologischen Veränderungen könnte der Charakter einer hereditär-luetischen Erkrankung erblickt werden.

Andererseits weicht jedoch der Knochenbefund bei Otosklerose von dem bei Heredolues wesentlich ab: In der massenhaften Neubildung der Blutgefäße und in der auf die Verdichtung folgenden Rarifikation des Knochens (Alexander). Der wesentlichste Unterschied liegt aber in der Art der Knochenneubildung: Der otosklerotische Knochen trägt den embryonalen Charakter, beim luetischen handelt es sich um einen periostischen Knochenprozeß.

Da nun die Untersuchung der letzten Jahre gezeigt hat, daß manche Fälle von Otosklerose schon im Beginn mit Labyrinthsymptomen einsetzen können (Hammerschlag, Manasse, Kalenda), so ist durch solche Übergangsformen die Brücke zwischen diesen beiden exquisit hereditären Ohraffektionen geschlagen.

Obgleich die Literatur über die pathologische Anatomie der hereditär-luetischen Veränderungen des Gehörorgans eine recht umfangreiche ist, verfügen wir doch nicht über einwandfreie und überzeugende Befunde. Es ist dies vor allem durch den Umstand bedingt, daß zwischen dem Auftreten der klinischen Symptome und der Möglichkeit einer anatomischen Untersuchung ein mehr oder weniger großer Zeitraum verstreicht und daher immer sekundäre Veränderungen in Betracht gezogen werden müssen. Jene Gehörorgane aber,

die wir bald post mortem der histologischen Präparation zuführen können, entstammen fast ausnahmslos erbsyphilitischen Früchten, bei denen eine funktionelle Prüfung des Ohres nicht möglich ist und deren Schnitte nie die Frage lösen werden, ob die gefundenen Veränderungen als anatomisches Substrat der klinischen Erscheinungen gelten dürfen, insbesondere für jene, die erst von einem gewissen Lebensalter an auftreten.

Denselben Hindernissen begegnen wir bei den nach Salvarsan beobachteten Schädigungen des Ohres, wenn wir histologisch die umstrittene Frage der Arsenwirkung auf das menschliche Ohr entscheiden wollten.

Bei Heredolues werden im allgemeinen drei Arten von anatomischen Bildern hervorzuheben sein: Die primäre Entzündung des Oktavus, die zu einer vollständigen Degeneration der nervösen Elemente führt; die primären Entzündungsprozesse an den Gehirnhäuten, die sekundär das Nervengewebe ergreifen und eine interstitielle Neuritis des Akustikus bewirken (Mayer). Der dritte Typus umfaßt die Knochenveränderungen periostitischer Natur an der Labyrinthkapsel und die endolabyrinthären Veränderungen. Jede dieser Gruppen kann allein oder in Kombination mit einer anderen gefunden werden. Auf die genauen Details möchte ich an dieser Stelle nicht näher eingehen.

Von einer Therapie der Erbsyphilis des Ohres sprechen zu wollen, hieße sich über die Machtlosigkeit unserer jetzigen Behandlungsmethoden hinwegtäuschen. Wer viele Fälle gesehen und durch längere Zeit beobachtet hat, muß zur Überzeugung kommen, daß vielleicht nur mit ganz wenigen Ausnahmen der Krankheitsverlauf im großen ganzen nicht zu beeinflussen ist. Wohl lassen sich vorübergehende Besserungen erzielen; mitunter wird man die stete Abnahme des Gehörs für einige Zeit beeinflussen und den Zeitpunkt der vollständigen Ertaubung hinausschieben können. Im allgemeinen verläuft jedoch die erbsyphilitische Schwerhörigkeit — wenn ich so sagen darf — wie sie will, unbekümmert um jede Therapie. Es ist dies um so auffallender und erstaunlicher, da wir gerade gegen die Syphilis im Hg und Salvarsan ein Spezifikum besitzen und andere heredoluetische Erscheinungen, selbst manchmal die Keratitis parenchymatosa, auf antiluetische Behandlung gut reagieren.

Es scheint mir aber die Heredolues des Ohres keine Spirochätenaffektion zu sein, wenn es auch Grünberg gelungen ist, durch Levaditifärbung die Spirochaeta pallida im Akustikus und Fazialis erbsyphilitischer Früchte darzustellen. Es drängt eine Anzahl von Umständen dazu, gerade die Erbsyphilis des Ohres unter die metaluetischen Erkrankungen zu zählen und ihr eine ähnliche Stellung in der Pathologie der Syphilis zuzuweisen, wie der progressiven Paralyse, bei der ja auch Noguchi Spirochäten im Hirn nachgewiesen hat. Daß die Paralyse das vor Jahren infizierte Individuum selbst befällt, die hereditäre Ohrsyphilis dagegen die Nachkommen, scheint den Parallelismus dieser beiden Krankheitsbilder deshalb nicht zu stören, weil ja, wenn auch viel seltener als die Erscheinungen am Ohr, auch die Paralyse bei erbsyphilitischen Nachkommen beobachtet wird.

Der vorübergehende Stillstand und die sichergestellten Remissionen des Verblödungsprozesses bei der Paralyse, die nach interkurrenten Fiebererkrankungen oft unverkennbar sind, stehen sicherlich in keiner ursächlichen Beziehung mit der Lues.

Die günstige Beeinflussung der paralytischen Symptome durch künstlich hervorgerufene Lymphozytose, sei es durch Tuberkulininjektionen, sei es durch Nukleinpräparate, läßt ebenfalls den nur losen Zusammenhang mit einer echten Spirochätenerkrankung erschließen.

Ein Analogon hierzu bildet die Pilokarpinwirkung auf das erbsyphilitische Ohr. Die gesteigerte Diaphorese, die erhöhte Körpertemperatur, die Vermehrung der Lymphozyten, die nach subkutanen Pilokarpininjektionen auftreten, scheinen die Ursache der oft bedeutenden, leider aber nie bleibenden Besserung des Gehörvermögens zu bilden.

Bei den günstig auf Pilokarpin reagierenden Fällen tritt nach 2—6 Monaten wieder eine Abnahme der Hörkraft ein. Allerdings läßt auch das Pilokarpin, wie ich mich an einer ganzen Reihe von Versuchen überzeugen konnte, sehr häufig im Stich.

Trotz aller dieser Erwägungen sind wir aber verpflichtet, jedes erbsyphilitische Kind wegen seiner Ohrsymptome antiluetisch, und zwar möglichst energisch zu behandeln. Ob Schmierkuren oder Injektionen vorzuziehen sind, ob lösliche oder unlösliche Hg-Präparate angewendet werden sollen, wird immer der spezielle Fall entscheiden. Niemals aber sollte versäumt werden, durch entsprechende Maßnahmen diätetischer Natur den Allgemeinzustand der meist schwächlichen Patienten zu heben.

Schwierig ist oft die Frage zu entscheiden, in welchen Fällen Salvarsan angewendet werden soll. Oft erstaunliche, allerdings nicht anhaltende Besserungen des Gehörs stehen bedeutenden Verschlechterungen gegenüber. Nach welcher Richtung hin ein Fall reagiert, läßt sich vorher nie entscheiden. Gestützt auf die Beobachtung einer großen Anzahl von Fällen, habe ich vor 3 Jahren die diesbezüglichen Erfahrungen dahin zusammengefaßt:

Die Chancen, den Kochlearapparat günstig zu beeinflussen, liegen um so besser, wenn bei dem zu injizierenden Falle 1. die Erkrankung noch nicht zu lange besteht, 2. das Gehör für Konversationssprache nicht unter ein Meter gesunken ist, 3. der Vestibularapparat normal erregbar ist, 4. je jünger der Patient ist.

Ist ein Mensch beiderseits total ertaubt, so kann man schon deshalb Salvarsan injizieren, weil eine weitere Verschlechterung ja ausgeschlossen ist. Wie zu erwarten, wurde auch durch Salvarsan bei vollständig Ertaubten niemals eine Besserung gesehen, was ja durch die pathologischen Verhältnisse bedingt ist.

Bei den leichten und mittelschweren Fällen von Hördefekten wird man bei Anwendung kleiner Dosen und bei steter Kontrolle des Hörvermögens einen Versuch mit Salvarsan machen können, wobei es aber immer ratsam ist, den Patienten bzw. dessen Angehörige auf die etwaigen Folgen aufmerksam zu machen.

Fälle dagegen, die einseitig ertaubt sind, am anderen Ohr ein Konversationsgehör unter 1 Meter besitzen, würde ich immer von der Salvarsanbehandlung ausschließen, da der etwaige Erfolg in keinem Verhältnis zu dem Risiko steht. Denn ist das hörende Ohr noch besserungsfähig, wird man durch Hg, Jod und Pilokarpin sicherlich dasselbe erreichen.

Trotz der langen Beobachtungszeit und der großen Zahl der von uns behandelten Fälle von Erbsyphilis sind wir in der Indikationsstellung für Salvarsan noch nicht weiter gekommen als vor 3 Jahren, ein Umstand, der in erster Linie durch das Wesen dieser tückischen Ohrerkrankung seine Erklärung findet." Grätzer.

G. Neugebauer, Ein neuer Fall von Trichobezoar. (Aus dem Kreis-Krankenhause zu Striegau.) (Ebenda.)

Die 9jährige Rosa B. war im August 1915 eingeliefert. Die Mutter hatte nur mitgeteilt, daß das Kind schon lange sehr blaß sei und oft Magenbeschwerden habe. In der letzten Zeit sei es sehr heruntergekommen.

Das im allgemeinen ganz verständige Mädchen selbst gibt an, daß ihr zuweilen übel werde, und daß sie auch hin und wieder habe brechen müssen. Der Magen tue ihr oft weh, und sie habe meist keinen Appetit. Der Stuhlgang sei in Ordnung.

Die erste ärztliche Untersuchung des Kindes fand am Tage nach der Aufnahme gegen Mittag statt. Haut und Schleimhäute waren blaß, der Ernährungszustand war ein dürftiger. Fieber bestand nicht. Herz und Lungen wiesen regelrechten Befund auf. Bei Abtastung des Leibes wurde am linken Rippenbogen ein Tumor entdeckt. Derselbe war glatt, sehr hart und reichte zungenförmig fast bis an den Nabel heran. Er war mit der Atmung verschieblich und wies medialwärts eine Einkerbung auf. Schwellung von Lymphdrüsen war nicht vorhanden. Ein sofort angefertigtes gefärbtes Blutausstrichpräparat zeigte normale Blutverhältnisse.

Die nächste ärztliche Untersuchung des Kindes fand am Tage darauf um die gleiche Tageszeit statt. Der Tumor saß nicht mehr an derselben Stelle, sondern lag vom linken Rippenbogen entfernt quer oberhalb des Nabels. Er zeigte eine geringe Verschieblichkeit. Beim Hin- und Herrücken des Tumors trat leichtes Unbehagen auf; druckempfindlich war der Tumor nicht.

Zur genaueren Feststellung und gegebenenfalls anschließender Entfernung des Tumors sollte eine Probelaparotomie gemacht werden, zu der sich der vorherige behandelnde Arzt des Kindes (San.-Rat Dr. Leporin-Kuhnern) zur Assistenz einfand. Bei gemeinsamer Besprechung des Falles erzählte dieser, daß er von der Mutter des Kindes erfahren habe, daß dieses schon früher, aber auch in letzter Zeit noch oft an ihren Zöpfen genagt und mit Vorliebe Haare verschlungen habe. Er äußerte die Vermutung, daß hier vielleicht eine Haargeschwulst im Magen vorhanden sei.

Die vor Beginn der Operation nochmals vorgenommene Untersuchung ergab nunmehr folgenden Befund. Quer oberhalb des Nabels fühlte man einen Tumor von walzenförmiger Gestalt, der nicht druckempfindlich war und sich hart anfühlte. Er konnte im Gegensatz zu früher gut abgetastet werden, seine Verschieblichkeit war diesmal eine ganz erhebliche.

Die bisherige Vermutungsdiagnose wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle zu einer sicheren. Man fühlte direkt im Magen durch dessen Wände hindurch den walzenförmigen Tumor, der nunmehr in seinen gleich zu beschreibenden Umrissen sich fast völlig genau abtasten und bequem hin und her verschieben ließ. Nach Eröffnung des Magens lag der erwartete Pseudotumor zutage. Es war ein Trichobezoar, der entfernt wurde. Der Magen wurde gesäubert; Ulzerationen an der Magenschleimhaut fanden sich nicht vor. Naht der Magen- und der Bauchdeckenwunde. Glatte Heilung; keine Beschwerden. Das Mädchen entwickelte bald einen großen Appetit und erholte sich sichtlich.

Der Pseudotumor war von einer fettigen Schleimschicht umgeben, steinhart und bestand aus einem unentwirrbaren Knäul von Haaren gleicher Farbe

wie die des Kopfhaares des Kindes. Die Gestalt desselben entspricht ungefähr der Form des Magens des 9jährigen Mädchens. Er ist 7 cm lang und hat einen Umfang von ebenfalls 7 cm. An der duodenalen Seite knickt er fast rechtwinklig nach oben um und setzt sich, sich am Ende rasch verjüngend, weiter $5^1/_2$ cm fort. Ein dünner Strang geht entsprechend dem horizontalen Aste des Duodenums seitlich weiter und hat als letzten Ausläufer ein nach unten zu stehendes Büschel loser Haare. Das Gewicht beträgt 400 g.

Auffallend in diesem Falle war die verschiedene Verschieblichkeit des Pseudotumors bei den einzelnen Untersuchungen. Dies ist nur dadurch zu erklären, daß die ersten Untersuchungen zur Mittagszeit bei gefülltem Magen der kleinen Patientin stattfanden, während die letzte Untersuchung vor der Operation bei leerem Magen natürlich das sicherere Ergebnis lieferte. Es dürfte sich also empfehlen, bei Verdacht auf Trichobezoar — wie überhaupt — stets bei nüchternem Magen zu untersuchen.

Haarknistern wurde bei den Untersuchungen nicht festgestellt. Der Pseudotumor war ja steinhart und mit einer fettig-schleimigen Schicht überzogen. Grätzer.

F. Berg, Beitrag zur Behandlung der Diphtherie. (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses der Stadt Berlin-Lichtenberg.) (Ebenda.) Möglichst frühzeitige Anwendung des Serums, und zwar gleichzeitig intravenöse und intramuskuläre zu gleichen Teilen, ist die idealste Behandlung. Unter 200 so behandelten Fällen ist kein einziger zur Tracheotomie gekommen. In leichteren Fällen wurden je 3000 I.-E. injiziert, in schweren toxischen bis zu je 10000 und darüber. Gleichzeitig mit dem Serum wird intravenös ein Stimulans für das Herz, um Kollaps zu vermeiden, injiziert, und zwar 1 Ampulle Kollapsdisotrin zu 1 ccm (erst wird dieses in die Spritze gezogen, dann das Serum), auch bei ganz kleinen Kindern. Auch wird prophylaktisch auf das Herz eingewirkt, indem jedem Kinde 3 Tage hindurch per os dreimal täglich so viel Tropfen Digalen gegeben werden, wie das Kind Jahre zählt, jedoch nicht unter 3 × 3 Tropfen (Erwachsene erhalten dreimal täglich 15 Tropfen). Seither ist kein Kind mehr an frühzeitigem, plötzlichem Herztod gestorben.

Neben den üblichen Ausspritzungen und Pinselungen mit Wasserstoffsuperoxyd suchte Verf. die Diphtherie auch durch Inhalation von Serum lokal zu behandeln. Eine solche lokale Behandlung mit Serum war schon früher von Behring und Spieß empfohlen. Die Anwendung bestand in Einstäuben von pulverisiertem Serum, in Lutschen von Serumpastillen und Betupfen des diphtherischen Prozesses mit Wattebäuschchen, die mit Serum benetzt waren. Verf. benutzt zur Inhalation den Medikamentenvernebler nach Professor Spieß, der von den Dräger-Werken in Lübeck hergestellt wird und in Berlin in der Kaiser-Friedrich-Apotheke, auch leihweise, erhältlich ist. Das zu Inhalationszwecken von den Behring-Werken überlassene Serum hat sich infolge seines hohen Glyzerin- und Karbolgehaltes, wodurch Ekzeme an Mund und Nase hervorgerufen werden, nicht bewährt; infolgedessen benutzt Verf. jetzt das übliche Behring-Serum. Auf 1000 I.-E. nimmt Verf. 20 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung und läßt mit dieser Lösung inhalieren, Kinder

10 Minuten, Erwachsene 15 Minuten lang, solange noch Beläge oder Zeichen einer tiefsitzenden Diphtherie vorhanden sind. Nach der Seruminhalation beobachtete Verf. Temperatursteigerungen bis zu einem halben Grad. Nach anfänglichem Sträuben inhalieren die Kinder gern, und von den Erwachsenen wurde dem Verf. berichtet, daß sie die Inhalation als sehr angenehm empfänden. Grätzer.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

E. Monnier, Über einen Fall von Mesenterialzyste. (Aus dem Kinderspital in Zürich.) (Schweiz. Korr.-Bl. 1916 Nr. 8.) Verf. beschreibt folgenden interessanten Fall:

Am 20. Juni wurde ein 7jähriger Knabe gebracht, der seit einem Jahre an periodisch auftretenden, sehr heftigen und von Erbrechen begleiteten Bauchschmerzen litt. Im Herbst 1913 hatte Verf. das Kind bereits einmal untersucht, und die Anwesenheit einer kugeligen, faustgroßen, beweglichen Geschwulst im Abdomen konstatiert. Operation wurde damals abgelehnt.

Magerer, blasser, sehr ängstlicher Knabe. Innere Organe normal. Es besteht eine hartnäckige Verstopfung. Urin eiweiß- und zuckerfrei. Das Abdomen ist nicht auffallend groß, in der Nabelgegend sieht man zeitweise eine leichte, quere, längliche Vorwölbung, über welche die Bauchdecken sich bei der Atmung verschieben. Bei der Palpation fühlt man einen zweifaustgroßen länglichen Tumor von elastischer Konsistenz. Dieser Tumor ist außerordentlich beweglich; man kann ihn vom rechten Hypogastrium ins linke hinüberschieben und ihn bis ins kleine Becken herunterschieben. Seine Oberfläche ist glatt. Eine Verbindung mit der Leber oder der Milz ist nicht zu erkennen, die linke Niere kann man neben ihm palpieren, dagegen ist die rechte nicht mit Sicherheit nachweisbar, der Tumor hängt an einem Stiel, welcher seinen Ursprung in der Lebergegend hat. Der aufgeblähte Dickdarm umgibt die Geschwulst. — Aus diesen Merkmalen nahm Verf. einen mesenterialen Tumor an. Die Möglichkeit des Vorhandenseins eines Nierentumors, einer kongenitalen Zystenniere oder Hydronephrose wurde in Anbetracht der sehr großen Beweglichkeit ausgeschlossen. Am 22. Juli 1914 fand die Operation statt. Mediane Laparotomie. Nachdem der geblähte Magen hinaufgezogen worden ist, entdeckt man einen Tumor, der sich leicht herauswälzen läßt; derselbe ist nierenförmig, 15 cm lang, in der Mitte etwas eingezogen, hantelförmig, in der Einziehung verläuft ein Stück Dünndarm, welches bandförmig plattgedrückt und mit dem Tumor eng verwachsen ist, ein Streifen Netz zieht an die rechtsseitige kolbige Verdickung heran. Die Geschwulst hat sich zwischen den Blättern des Mesenteriums entwickelt, in den stark ausgedehnten Wänden verlaufen große Gefäßschlingen. Es handelt sich um eine typische Mesenterialzyste. Nach Inzision des vorderen Mesenterialblattes versucht man, die Zyste zu enukleieren, indem die Serosa abgestreift wird. Dabei platzt die Zyste, der flüssige, braune Inhalt entleert sich im Strahl. Die Darmwand ist so innig mit der Kuppe der Zyste verwachsen, daß beim Versuch, hier eine Trennung vorzunehmen, dieselbe einreißt. Es wird deswegen auf die Enukleation verzichtet und der Tumor rasch mit dem verwachsenen Darmstück und dem entsprechenden Mesenteriumkeil entfernt. Das resezierte Darmstück ist etwa 20 cm lang; da es sich um die unterste Ileumschlinge handelt, werden die beiden Darmlumina mit Tabakbeutelnaht geschlossen und das zentrale Stück durch eine laterale Anastomose mit dem Colon ascendens in Verbindung gesetzt. Der Verlauf war ganz glatt; nach 13 Tagen konnte das Kind aufstehen mit einer Gewichtszunahme von 3 Pfund.

Grätzer.

Leon Stefanowicz, Beitrag zur Behandlung der Genickstarre. (W. kl. W. 1915 Nr. 48.) In einem trostlosen Falle hatte Verf. in Anbetracht der hoffnungslosen Lage der Patientin und der Ohnmacht der üblichen Behandlung die Autoserotherapie mit dem Liquor cerebrospinalis der Kranken versucht und einen überraschenden Erfolg erzielt.

Im April 1914 wurde Verf. zu einer Patientin gerufen, die schon seit 10 Tagen darniederlag. Die Erkrankung begann plötzlich mit Kopfweh, hohem Fieber und Erbrechen. Es wurde vom behandelnden Arzte Meningitis basilaris tuberculosa diagnostiziert, insbesondere mit Hinblick auf die angeblich nachweisbare hereditäre Belastung. Verf. fand ein grazil gebautes 16jähriges Mädchen in leidlich gutem Ernährungszustande. Temperatur 40° C, Puls 120. Ausgesprochene Nackenstarre, Kernigsches Zeichen. Die Lumbalpunktion ergab einen schwach getrübten Liquor cerebrospinalis, in dem sich Eiterzellen und intra- wie auch extrazelluläre Gram-negative Diplokokken nachweisen ließen. Erst am nächsten Tage wurden 20 ccm Mercks Meningokokkenserum intralumbal injiziert. Man hat Verf. schon nach 2 Tagen berichtet, daß die Temperatur zurückgegangen ist und das subjektive Befinden sich wesentlich gebessert hat. Aber schon nach einigen Tagen trat wieder eine Verschlimmerung ein, die Verf.s abermalige Berufung zur Folge hatte. Verf. hat wieder eine Lumbalpunktion vorgenommen und 20 ccm Serum subarachnoideal injiziert. Diesmal war der Liquor schon klarer und enthielt weniger Eiterzellen und Meningokokken. Auch nach der zweiten Injektion trat eine wesentliche Besserung ein. Aber nach einigen Tagen verschlimmerte sich das Befinden und nun bekam Verf. fast alltäglich schlimme Berichte. Die Kranke erbrach sehr häufig, magerte rapid ab, und sowohl der Hausarzt als auch die Eltern ließen die Hoffnung auf Genesung schwinden. In der 5. Krankheitswoche wurde Verf. noch einmal zur Kranken gerufen. Das Bild war jetzt ein trostloses: Enorme Abmagerung, subfebrile Temperaturen, große Apathie, hochgradige Kopfschmerzen und Flexionskontrakturen der unteren Extremitäten. Die Punktion ergab einen fast ganz klaren, etwas gelblichen Liquor cerebrospinalis. Der Druck war hoch und betrug nach Ablassen von 30 ccm noch etwa 120 mm Wasser. Verf. hat auch diesmal 20 ccm Serum eingespritzt. Er machte nun den Eltern den Vorschlag einer Autoserotherapie und erhielt die bedingungslose Einwilligung. Eingedenk des Umstandes, daß der Meningokokkus, wie Beobachtungen lehren, auch Arthritis und Endokarditis hervorrufen kann, ließ Verf. den Liquor vor dessen Anwendung 3 Stunden in der Sonne stehen. In dünner Schichte werden Meningokokken schon nach 2 Stunden durch das Sonnenlicht abgetötet. Von diesem Liquor injizierte Verf. nach gehörigem Umschütteln je 10 ccm zu beiden Seiten der Wirbelsäule unter die Rückenhaut 10 ccm wurden für die Untersuchung verwendet, die erst später stattfinden konnte. Es fanden sich nur wenige Eiterzellen im Sedimente und ganz vereinzelte mit eingeschlossenen Meningokokken. Die nach der intralumbalen Serum- und subkutanen Liquorinjektion bald eingetretene Besserung hielt nun an und führte in 3 Wochen zur Heilung der Patientin. Es erfolgte vollständige Restitutio ad integrum. An der Injektionsstelle ist am 2. und 3. Tage eine Rötung und Schwellung zu beobachten gewesen bei gleichzeitigem Temperaturanstieg. Die Patientin blieb gesund und sieht heute blühend aus.

Berücksichtigt man, daß die Genickstarre im hydrozephalischen Stadium fast ausnahmslos nach qualvollem Leiden zum Tode führt, so kann, wiewohl es sich um einen einzigen Fall handelt, die Annahme einer günstigen Einwirkung der subkutanen Liquorinjektion eine gewisse Berechtigung beanspruchen. Die vorausgegangenen zwei Seruminjektionen hatten nur einen vorübergehenden Erfolg, und unaufhaltsam entwickelte sich das trostlose Bild des entzündlichen Hydrocephalus internus. Die Injektion des vom Patienten herstammenden Liquor cerebrospinalis ist wohl als eine Art Vakzinationstherapie zu betrachten. Die aus obigem Falle sich ergebende Harmlosigkeit des Verfahrens berechtigt, dasselbe in ähnlichen Fällen zur Anwendung zu empfehlen, natürlich unter gleichzeitiger subarachnoidealer Injektion des Meningokokkenserums, schon mit Rücksicht auf die eventuelle durch die Liquoreinverleibung hervorgerufene Bakteriolyse.

Grätzer.

A. S. Taylor, Conclusion derived from furthe experience in the surgical treatment of brachial palsy (Erb's Type).

(Amer. Journ. of the med. Sciences, December 1915.) Verf. spricht sich auf Grund von 43 Fällen von Entbindungslähmung über die konservative Therapie sowie über die Massage und Elektrotherapie recht skeptisch aus. Auch Spontanheilungen treten nur selten auf und nur in leichten Fällen. Verf. ist daher für möglichst frühzeitiges chirurgisches Eingreifen. Kurt Boas.

J. Bram, The treatment of epilepsy. (New York med. Journ. March. 20. 1915.) Die essentielle Epilepsie beruht auf einer nervösen Instabilität, welche einhergeht — und wahrscheinlich die Folge ist — mit einem abnorm erhöhten Hirndruck. Der epileptische Anfall ist die Folge einer allgemeinen Vermehrung des Blutdruckes über den normalen Blutdruck des Kranken hinaus, einhergehend mit einem abnorm hohen Anschnellen des Hirndruckes. Die medikamentöse Therapie bei der Epilepsie ist fast stets nur vorübergehender Natur und stiftet eher Schaden als Nutzen. Die Rückkehr des normalen Hirndruckes durch Entziehung einer genügend großen Blutmenge, um die Plethora und den hohen Blutdruck zu verhindern, ist nach Ansicht des Verf.s das rationellste therapeutische Verfahren. Diese Behandlungsmethode ist nicht nur eine kurative, sondern auch eine dem Anfall vorbeugende. Die Häufigkeit des Aderlasses und die Mengen Blut, die zur Ader gelassen werden, sind je nach Lage des einzelnen Falles verschieden. In jedem Falle sollen dazu diätetische und hygienische Maßnahmen treten. Manchmal erweist sich auch die Verabreichung von Schilddrüsenextrakt und Jodkalium als Adjuvantia von Nutzen. Kurt Boas.

W. L. Thompson, Intestinal putrefaction with convulsions. (Boston med. and surg. Journ., 26. November 1914.) Verf. berichtet über nachstehenden Fall:

6jähriger Junge. Seit 2 Jahren Anfälle von Schwindel, wobei Patient manchmal taumelte und umfiel. Diese Anfälle traten anfangs nur in wachem Zustande auf und nahmen allmählich an Intensität zu, bis der typische Symptomenkomplex erreicht war. Spastische Bewegungen der Arme und Beine gingen einher mit Kongestion des Gesichtes, gurgelnder Exspiration durch die zusammengebissenen Zähne, Steifigkeit des Nackens und des ganzen Körpers. Patient fiel öfters auf den Fußboden, doch war das Bewußtsein stets erhalten. Die Anfälle nahmen Schritt für Schritt an Häufigkeit zu. Es waren 10—50 innerhalb 24 Stunden. Häufig kamen nachts Anfälle vor, wo die Eltern durch das röchelnde Atmen des Kindes aufgeweckt wurden: doch dauerten diese nur kurze Zeit.

Die wesentlichen Punkte des vorliegenden Falles sind:

1. Die große Anzahl der Anfälle (50) pro Tag, ihr milder Charakter, ihre kurze individuelle Dauer (1—2 Minuten), ihr Auftreten 3 Jahre hintereinander.

2. Das Erhaltensein der ungewöhnlich kräftigen körperlichen und geistigen Konstitution.

3. Die Schnelligkeit und Vollständigkeit der Heilung nach ausgiebiger Sterilisierung des Darmtraktus.

4. Das Erhaltensein der Sterilität durch Akklimatisation des Milchsäurebazillus.

5. Die Bestätigung der Ansicht von Metschnikoff, daß der Dickdarm wegen der dort sich abspielenden Darmfäulnis die wesentlichste Eingangspforte für stark toxisch wirkende Substanzen im Organismus darstellt. Kurt Boas.

W. B. Drummond, On idioglossia; with an account of a case. (British med. Journ., 17. April 1915.) Das Wesen der Idioglossie liegt in einer mangelhaften Fähigkeit zu sprechen, so daß die daran leidenden Patienten unverständlich sind, außer vielleicht in dem, was sich auf sie selbst bezieht. Verf. teilt einen Fall dieser Art bei einem 13jährigen Knaben mit. Die Symptome geben zu der Annahme Veranlassung, daß bei der Idioglossie die Besonderheit der Sprache nicht in einem Fortbestehen der Babysprache oder einer neuen, von dem Kranken erfundenen Sprache besteht. Die Sprache des Kindes stellt vielmehr einen äußerst mangelhaften Versuch dar, die eigene Muttersprache zu sprechen. Der Defekt rührt nicht her von einer Behinderung des Artikulationsmechanismus oder einem Mangel an Intelligenz oder einem Mangel des Gesichtsgedächtnisses oder einer Unaufmerksamkeit, obgleich sich diese in manchen Fällen nachweisen läßt, oder einer Taubheit im gewöhnlichen Sinne. Man muß vielmehr diese Symptome damit erklären, daß hier ein mangelhafter Hörakt vorliegt, im Sinne irgendeiner Affektion oder mangelhaften Entwicklung des sprachlichen Wortzentrums. Die Idioglossie gehört demnach in dieselbe Klasse von Störungen, wie die Fälle von angeborener Wortblindheit. Kurt Boas.

F. Renault und **Thiers,** Glaucome unilatéral. Tubercule du plancher du 4e ventricule. (Annales de médecine et de chirurgie infantile. 1914 No. 13.) Bei der Sektion eines an tuberkulöser Meningitis zugrunde gegangenen Säuglings, der außerdem ein linksseitiges Glaukom dargeboten hatte, fand sich statt des angenommenen fibrinös-eitrigen Belages an der Austrittsstelle des N. oculomotorius ein haselnußgroßer Tuberkel am Boden des vierten Ventrikels in der Nähe der Kerne des Okulomotorius, Trochlearis und Fazialis. Kurt Boas.

A. Austregesilo et **O. Ayres,** Myoclonie et épilepsie. (Revue neurol. 1915 No. 11.) Die Myoklonie-Epilepsie (Unverricht) zeigt familiären Charakter. Meist bestehen in der Jugend epileptiforme Anfälle, und gegen das 12. bis 15. Jahr treten Anfälle von Myoklonie hinzu. Die Myoklonie kann fast kontinuierlich bestehen, und zwischendurch treten epileptische Anfälle auf. Die Gesichtsmuskeln und die Sprache sind in dem einen der von den Verff. mitgeteilten Fälle von der Myoklonie mitbetroffen. In der Hälfte der Fälle erscheint die Epilepsie vor der Myoklonie. Die Patientin der Verff. hat starkes Hunger- und Durstgefühl. Betreffs der Pathogenese der Myoklonie gibt es die medulläre und die kortikale Theorie. Verff. sind für die letztere und führen die Argumente, die für die kortikale Theorie sprechen, an: Die intellektuellen und gemütlichen Störungen der Myokloniker, den deutlichen Einfluß moralischer Ursachen auf

die Wiederkehr und Verstärkung der Muskelspasmen, das Zusammenvorkommen der Myoklonie und Epilepsie, die Kombination von Myoklonie mit Athetose und Hemianästhesie kortikalen oder subkortikalen Ursprungs (Minkowski), das Überwiegen der klonischen Spasmen auf einer Körperseite und die zuweilen beobachtete Einseitigkeit der Myoklonie.

Die Verff. besprechen noch die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Krankheiten: die fibrilläre Chorea von Morvan, den Paramyoclonus multiplex Friedreich, die Chorea electrica Henoch-Bergeron, den Gesichtstic von Trousseau, die maladie des tics, die Brissandsche und Dubinische Chorea, die Myokymiè usw. Therapeutisch sind zu verwenden Brom, Chloralhydrat, Veronal usw. Kurt Mendel.

P. Lorentzen (Däne), Infantile funktionelle Gangstörungen. (Ebenda. 1915 Nr. 44.) Der Verf. beschreibt verschiedene Gangstörungen bei Kindern und jungen Menschen, die gewöhnlich als schlechte Gewohnheit betrachtet werden, aber von Periarthritis genu und Fibrositis in der Crusmuskulatur, oft auch von Peritendinitis Achillis verursacht werden. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Max Reber: **Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie.** 7 Jahre altes Mädchen, das seit dem 2. Lebensjahre durch Kälteeinwirkung ausgelöste Anfälle von Hämoglobinurie bekommt. Aus der Anamnese keine sicheren Anhaltspunkte für Lues. Der Anfall beginnt mit Gähnen, Unwohlsein, das Kind muß zu Bett gebracht werden, hat kalte Füße und Hände, wird blaß-zyanotisch; manchmal bestand auch Fieber, Schüttelfrost und Brechen. Der Urin wird dunkelrot, eiweißhaltig, enthält Blutfarbstoff, mikroskopisch keine roten Blutkörperchen. Spätestens am Tage nach einem Anfall fühlt sich das Kind wieder wohl, der Urin ist hell, ohne Albumen, ohne Blutfarbstoff. Seit Frühjahr 1914, seitdem der Vortr. das Kind kennt, besteht ein bis nahe zum Nabel reichender, harter Milztumor, zeitweise war ein systolisches Geräusch an der Herzspitze zu hören, lange Zeit war ein Ikterus zu konstatieren. Während der warmen Jahreszeiten Aussehen und Allgemeinbefinden immer besser. Im Laufe der Jahre wurden die Anfälle seltener und weniger stark. Das Kind kann zurzeit die Schule besuchen. Allgemein roborierende Therapie, Extr. Malti c. ferr. jodat., Pearsonsche Tropfen wirken günstig. Eine Untersuchung des Blutes auf die Wa.R., eine evtl. Hg-Schmier- und Salvarsankur sind in Aussicht genommen.

Diskussion. Wieland konnte außer bei dem von Reber zitierten Kinderspitalfall von paroxysmaler Hämoglobinurie aus dem Jahre 1903 (Dissertation E. Burckhardt) kürzlich bei einem 2jährigen Knaben nach hämorrhagischen Masern mit konsekutiver Otitis media eigentümliche Anfälle von Gähnen, Zyanose, Schüttelfrost, Fieber ohne sonstigen Lokalbefund beobachten, die sich jeweilen nach intensiver Eisapplikation auf die Ohrgegend einstellten. Das Blutserum unmittelbar nach dem Anfall war rubinrot. Im Urin ließ sich kein Hämoglobin, wohl aber vorübergehende Ausscheidung eines mit Essigsäure ausfällbaren Eiweißkörpers nachweisen. Der Donath-Landsteinersche Versuch (Nachweis der Kälte-Hämolyse in vitro!) fiel nicht ganz eindeutig aus. Klinisch konnte der Fall gleichwohl kaum anders gedeutet werden, denn als abortive (sogenannte latente Sahli!) Form von paroxysmaler Hämoglobinurie. Es blieb bei der Hämoglobinämie, ohne daß es zur Ausscheidung des nur spärlich freigewordenen Hämoglobins im Urin kam. 4 Wochen nach Ablauf der Masern ließen sich auch durch stärkste lokale und allgemeine Kälteapplikation (Eis, kaltes Bad) keine Anfälle mehr auslösen. Die Disposition war erloschen. Beim Fehlen aller Anhalts-

punkte für Lues congenita (Wa.R. = negativ) darf wohl die überstandene Maserninfektion als Ursache der vorübergehenden paroxysmalen Hämoglobinurie angesprochen werden.

Fahm: **Über einige Fälle von schwerer Sepsis im Gefolge von Halsentzündungen** (meist Angina tonsillaris).

a) 11 Monate altes Mädchen erkrankt an Angina tonsillaris am 11. März 1915, am 16. Haut- und Kornealblutungen, am 18. Schwellung und Rötung der kleinen Fingergelenke und des linken Hüftgelenkes. R. Hypopyon, aktive und passive Bewegungen der erkrankten Gelenke sehr schmerzhaft. Am 23. erneute Kornealblutungen. Alle Erscheinungen gehen langsam zurück. Zurückbleiben nur beiderseits Glaskörpertrübungen.

b) 13 Jahre alter Knabe. 1908 Tonsillotomie wegen Hypertrophie infolge häufigen Halswehs. Am 26. Oktober 1912 erkrankt unter Übelkeit, Brechen, Kopfweh, Fieber, Halsweh. Am 29. Schmerzen im rechten, dann im linken Bein. Temperatur 39,4°, Puls 120 weich, dikrot, somnolent. Albuminurie. 3. November: Über dem ganzen Körper zahlreiche Pusteln mit rotem Hof, afebril. Puls 108. Pleuritis links. 4. November: Puls 140, Petechien, Zyanose, starke Schwellung der linken Hüfte. Exitus. Sektion: Tonsillen zerklüftet, mit Pfropfen. Pleuritis serofibrinosa duplex. In Vena femoralis d. multiple, zottige Thrombosen. Zahlreiche Lungeninfarkte, Atelektase und bronchopneumonische Herde. Akute purulente Nephritis beiderseits. Abszesse in Blasenschleimhaut, Prostata und Beckenzellgewebe. Abszeß in linker Halsseite, linkem Sternoklavikulargelenk, rechter Schulter und rechtem Femur.

c) 10jähriges Mädchen. Am 21. Juni 1910 Angina tonsillaris. Am 24. Bauchweh, Blutbrechen, blutige Diarrhoe. Temperatur 39,8°, Puls 140. Abdomen gespannt, stark druckempfindlich. Urin eiweißhaltig. Da Verdacht auf Appendizitis vorliegt, Probelaparotomie, die viel leichtgetrübtes Serum entleert. Darmschlingen gerötet, mit Fibrin bedeckt. Appendix normal. An Darm und Magen negativer Befund. Das Befinden verschlechtert sich trotz Windabgang. Am 29. Exitus. Sektion: Tonsillitis und Pharyngitis acuta, Peritonitis diffusa purulenta. Pleuritis fibrinopurulenta dextra, fibrinosa sin. Gastritis acuta.

d) $1^1/_2$ Jahre alter Knabe. Erkrankt 14 Tage vor Spitaleintritt (10. Juli 1910) an Angina tonsillaris, die sehr langsam abheilt. Am 9. Juli sehr unruhig, Diarrhoe. Respiration frequent. Gesicht eingefallen. Puls 180. Abdomen wenig aufgetrieben, sehr empfindlich. Verdacht auf Appendizitis. Probelaparotomie. Befund wie beim vorigen Fall. Am 11. Exitus. Sektion: Peritonitis fibrinopurulenta diffusa nach Angina. Lymphadenitis acuta der Mesenterialdrüsen.

e) 9jähriges Mädchen. Eintritt 9. März 1905. Einige Tage vorher Halsweh, Kopfweh, Fieber. Schwellung des linken Handgelenkes, der rechten Hüfte, Schmerzen im rechten Knie. 13. März Abszeß in rechter Axilla (Kultur ergibt Pneumokokken). 20. März Abszeß am linken Arm. 27. März Abszeß über rechtem Trochanter, der gegen Dornfortsätze der Lendenwirbel führt. Langsame Heilung.

Das Gemeinsame bei allen Fällen besteht also darin, daß kurze Zeit nach überstandener Halsentzündung, zum Teil noch im Verlauf derselben, Erscheinungen von Sepsis auftreten, in zwei Fällen mit vorwiegendem Befallensein von Gelenken, aber auch der Pleura, Hautblutungen, im dritten und vierten Falle mit Befallensein der serösen Häute, Peritoneum und Pleura, im letzten mit multiplen Abszessen. Scharlach war absolut auszuschließen. In zwei Fällen wurden Staphylo-, besonders Streptokokken im Exsudat nachgewiesen, in einem Diplo- und im letzten Pneumokokken. Die Prognose quoad vitam ist sehr dubia, diejenige quoad restitutionem infaust.

Diskussion. Max Bider erwähnt einen foudroyant verlaufenden Fall von Angina-Sepsis, bei dem von konsultativer Seite eine Mediastinitis intra vitam diagnostiziert wurde. Die Sektion bestätigte diese Ansicht und wies außerdem eitrige Gelenkergüsse und intensivste Leberverfettung nach.

E. Hagenbach: **Demonstrationen.**

a) Persistierender Ductus vitellointestinalis durch Operation entfernt.

b) Traumatischer Ikterus infolge subkutaner Choledochusverletzung. Bauchkontusion durch Schubkarren bei einem 5jährigen Knaben. 2 Monate nach der Verletzung beginnender Ikterus. Nach 4 Monaten hochgradiger Ikterus mit Gallenblasentumor und acholischen Stühlen. Vorübergehende Besserung. 9 Monate

nach der Verletzung neuerdings Ikterus, acholische Stühle und Gallenblasentumor. Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. 13 Monate post trauma Operation: Am Choledochus in Verwachsungen eingebettete nußgroße Induration. Cholezystoduodenostomie. Heilung.

Diskussion. De Quervain erwähnt einen von ihm beobachteten Fall, bei dem, ebenfalls bei einem Jungen durch Überfahrenwerden ein chronischer Gallenerguß in die Bursa omentalis minor entstanden war, mit Ikterus und teilweiser Entfärbung des Stuhles. Es handelt sich wahrscheinlich um Zerreißung des einen Hepatikusastes. Die Heilung wurde durch Drainage der Bursa omentalis minor erzielt. (Mediz. Gesellschaft Basel, 3. Juni und 1. Juli 1915.)

Trömmer: **Mißbildungen, zum Teil mit Enuresis.** In dieser Beziehung verhält sich die Enuresis infantum (nocturna oder diurna) verschieden von der die Pubertät überdauernden Enuresis tarda. Erstere ist, wie Vortr. früher ausführte, ein Reflexinfantilismus, d. h. Persistenz des automatischen bzw. autonomen (Meyer-Fröhlich) Blasenentleerungsmodus, so lange, bis das Gehirn bewußt oder im Schlaf gelernt hat, ihn zu beherrschen, d. h. zu hemmen. Mit dieser Persistenz einer infantilen Reflexstufe können andere Entwicklungsanomalien neuropathischer oder dysplasischer Art einhergehen, brauchen es aber nicht. Peritz' Behauptung, daß die Enuresis infantum meist auf Entwicklungsstörungen im Sakralmark beruhe und sich oft durch Spina bifida dokumentiere, muß Vortr. nach wie vor ablehnen. Röntgenaufnahmen von etwa 20 Kindern zwischen 8 und 12 Jahren haben keine Spur einer Rachischisis ergeben. Auch die anderen von Fuchs angegebenen Merkmale von Myelodysplasie hat Vortr. bei Kindern fast nie gefunden. Degenerationszeichen, welche man manchmal findet, haben nur allgemeine Bedeutung. Sehr selten sind Greif- oder Affenfüße, welche Vortr. bei zwei Geschwistern im Alter von 5 oder 10 Jahren gefunden hat und im Bilde zeigt. Die große Zehe sitzt wie der Daumen der Hand etwas unterhalb der zweiten Zehe. Röntgenaufnahme (Hänisch) zeigt in der großen Zehe drei statt zwei Phalangen. In weniger ausgesprochener Form kommt diese Fußbildung bei den tiefstehenden Negern australischer Inseln vor. Sie ist also in unserem Falle ausgesprochene Rückschlagbildung, d. h. Atavismus, aber keine Myelodysplasie. Ebenfalls Entwicklungsstörungen zeigen zwei verwachsene Enuretiker, Soldaten vom Barmbecker Lazarett, der eine mit deutlicher Andromastie, mit fühlbarer Drüsensubstanz in der rechten Mamma, ohne andere Zeichen von Feminismus, der andere mit Syndaktylie am linken Fuß (zweite und dritte Zehe). Nur bei letzterem finden sich als Wirbelanomalie ein offen bleibender Sakralwirbel bis zum vierten, also keine eigentliche Spina bifida.

(Ärztlicher Verein in Hamburg, 6. Juli 1915.)

O. Haab: **Demonstration.** Ein Kind mit Wanderpustel, Keratitis fascicularis, früher ein Kreuz für Patient und Arzt. Durch Kauterisation des wandernden phlyktänulären Infiltrates vermittelst gut gespitzten Lapis mitigatus oder noch besser durch kräftiges Einstreichen von 10% gelber Präzipitatsalbe läßt sich jedoch die Erkrankung ziemlich leicht heilen. Außerdem hat das Kind ein kleines Knötchen von Molluscum contagiosum, welche Hautaffektion nicht selten die Umgebung der Augen befällt. Die kleinen Knötchen werden am besten vermittelst der Glühschlinge, die großen durch Exzision beseitigt. Vortr. erwähnt, daß er im Jahre 1885 bei einem Kinde, das seiner Mutter regelmäßig einen großen Knoten am Kopf ausdrückte und sich dabei infizierte, am unteren Augenlid ein größeres Knötchen exstirpierte und damit Impfung auf seinen Vorderarm durch Verreiben vornahm. Nach 8 Monaten hatte sich hier ein etwa 3 mm großes Knötchen entwickelt, das exzidiert den typischen Bau des M. contag. zeigte. (Demonstration der Präparate vom Kind und vom Vortr.) Es war dies wohl die erste erfolgreiche experimentelle Übertragung.

(Gesellsch. d. Ärzte d. Kantons Zürich, 22. Juni 1915.)

Hegner: **Totale Farbenblindheit.** Von den fünf Kindern der Familie haben drei einwandfreien Farbensinn. Zwei zeigen die schwerste und seltenste Form der Farbensinnstörung, nämlich totale Farbenblindheit, bei der die Farbenempfindung sich lediglich auf die Unterscheidungen von Helligkeitswerten beschränkt. Die charakteristischen schweren Anomalien bei diesen beiden Patienten sind beträchtliche Amblyopie (optimale Sehschärfe nach Korrektion des Astigmatismus nur $^{5}/_{35}$), lebhafter Nystagmus. Gesichtsfeldprüfung ohne sicheres Resultat, daher das nach Uhthoff charakteristische zentrale Skotom nicht nachweisbar.

Fundus normal. Starke Lichtscheu. Die typische Verschiebung der Helligkeitsverteilung vom Gelb (normal) zum Grün wird demonstriert, ebenso die erhebliche Verkürzung des Spektrums am langwelligen Ende. Erörterungen der verschiedenen Hypothesen zur Erklärung der totalen Farbenblindheit. Aus der von Kriess angenommenen Teilung der Funktion der Netzhautelemente in die lichtempfindenden Stäbchen und die farbenempfindenden Zapfen ergibt sich konsequenterweise, daß die total Farbenblinden reine Stäbchenseher sind. Eine Klärung dieser Fragen wird erst die histologische Untersuchung entsprechender Augen ergeben. (Mediz.-Naturwissenschaftl. Gesellsch. in Jena, 6. Mai 1915.)

III. Therapeutische Notizen.[1]

*** Weitere Beiträge zur diätetischen und medikamentösen Beeinflussung der Schwangerschaft und zur Eklampsiebehandlung.** Von Dr. Paul Rißmann, Direktor der Hebammenschule in Osnabrück. In der Schwangerschaft ist der Eiweißabbau verändert, ebenso der Salzgehalt des Blutes. Die fixen Säuren des Blutes sind auf Kosten der Kohlensäure vermehrt, der Alkaligehalt zeigt wesentliche Veränderungen — kurz der Stoffwechsel ist in mannigfacher Weise anders als sonst. Eine völlig gesunde Frau merkt nichts davon, sie kann sich den Veränderungen akkommodieren; $^2/_3$ aller Schwangeren aber weisen deutliche Störungen ihres Befindens auf. Diesen kann man vorbeugen, wenn man jede Frau nach Eintritt der Gravidität unter bestimmte Diätvorschriften setzt: Fleisch ist weniger zu genießen, Kaffee, Tee, Alkohol, Gewürze (außer Kochsalz) sind stark einzuschränken. Zu verbieten sind Bouillon, Fleischsäfte, pikante Saucen und Reizmittel (Fleisch, das reich an Extraktivstoffen und Nuklein ist, Sellerie, Rettich usw.). Gemüse, grobere Brotsorten, Obst sollen reichlich genossen werden. Auch ist reichlich zu trinken zur Ausschwemmung der N-haltigen Schlacken, am besten ein Kohlensäure enthaltendes Mineralwasser. Alle Magenüberladungen und Verstopfung sind zu vermeiden. Mit dieser Diät hat Verf. gute Erfolge erzielt. Juckende Dermatosen wurden 3mal mit vegetarischer Diät und Calc. lact. (3mal täglich 1 g) behandelt, und zwar 2mal mit gutem, wenn auch langsamem Erfolge. Die Besserung pflegt nach 3—5 Tagen einzutreten und nach 8 Tagen völlig zu sein. Der 3. Fall, der nach 8 Tagen nur geringe Besserung zeigte, wurde nach abermals 3 Tagen geheilt durch 3mal täglich 1 g von

Natr. chlor.
Natr. bicarb.
Natr. phosphor.
Ferr. oxyd. sacch. solub. aa 3,0
Calc. phosphor. 12,0

Rezidive kommen nach Aussetzen der Therapie vor, und wer außerdem promptere Wirkung haben mag, wähle die intramuskuläre Injektion von 200 g Ringerscher Lösung. Auch die Eklampsie ist der Endausgang einer Stoffwechselstörung, und auch hier vermag die Prophylaxe recht viel. Sind schon Zeichen einer Stoffwechselstörung vorhanden, so sind jene Vorschriften zu verschärfen. Da bei schwerer Nephritis wie bei Eklampsie Na meist retiniert ist und zuweilen auch K, so sind nach Ausbruch der Krämpfe Kochsalzinfusionen (oder von Ringerscher Lösung) kontraindiziert. Vor Ausbruch der Krämpfe oder bei Nephritis in der Zeit, wo das Kind noch nicht lebensfähig ist, regle man den Salzgehalt der Nahrung. Daneben muß, da der Reststickstoff vermehrt ist, eine N-arme Kost gereicht werden. Die Eiweißzufuhr muß bei schlimmeren Stoffwechselstörungen in der Schwangerschaft bis unter das Eiweißminimum beschränkt werden. Morphium und Chloral ordiniere man bei Eklampsie nicht (die Kinder leiden und auch den Frauen wird geschadet). Man gebe Veronalnatrium (10 ccm einer 10%igen Lösung subkutan oder 0,5 per rectum), auch Luminal (0,4 subkutan); daneben würde Verf. 10 g einer 25%igen Magnesiumsulfatlösung subkutan oder intramuskulär mehrmals täglich einspritzen. Das Heil der Eklampsiebehandlung liegt allerdings in der Prophylaxe.

(M. Kl. 1915 Nr. 15.)

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.

* **Zur Behandlung des Othämatoms.** Von Dr. Krüger (Weimar). In den gebräuchlichen Lehrbüchern werden zur Behandlung teils Punktion oder Inzision mit nachfolgendem Druckverband empfohlen, teils wird geraten, sich nur darauf zu beschränken, neue Traumen vom Ohr fernzuhalten. Tatsache ist, daß mit einem gewöhnlichen Druckverband ein baldiges Rezidiv nicht zu verhindern ist, aus dem einfachen Grunde, weil der Verband schwer so anzulegen ist, daß der an der umschriebenen Stelle dauernd gut komprimiert und dann so umfangreich angelegt werden muß, daß er den Kranken geniert. Als sehr zweckmäßiges und leicht zum Ziele führendes Verfahren empfiehlt Verf. folgendes: Der Erguß wird nach Desinfektion der Haut mit Jodtinktur mit einer Hohlnadel punktiert und sorgfältig entleert. Dann wird eine ganz zarte Schicht Watte über die abgehobene Haut gelegt, eventuell zwischen Helix und Anthelix etwas mit der Pinzette eingestopft und nun Kollodium aufgepinselt. Dabei muß der Kollodiumanstrich überall einige Millimeter auf die gesunde Haut übergreifen. Nach dem Erstarren desselben hat die Haut keine Möglichkeit, sich wieder vom Knorpel abzuheben, und verklebt. Sowie die Kollodiumschicht Neigung hat, sich abzulösen, wird der Verband erneuert, und in kurzer Zeit ist die Heilung beendet.

(M. m. W. 1914 Nr. 11.)

* **Radium bei der Keloidbehandlung.** Von Frank E. Simpson. Reine Keloide zeigen unter Behandlung mit Radium in Dosen, die wenig oder keine entzündliche Reaktion verursachen, gute Neigung zur Erweichung. Weniger gut wurden solche mit Narbengewebe gemischt beeinflußt. Die exakte Dosisbestimmung kann nur der Versuch und die Praxis lehren; ist diese aber entsprechend, bessert sich das Aussehen der Gewebe alsbald, und die Keloide sowie die damit verbundenen Schmerzen weichen, die bestrahlte Stelle zeigt sehr häufig das Aussehen normaler Haut.

(Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1915 Nr. 16. — M. Kl. 1915 Nr. 29.)

* **Über die Radiumbehandlung von Narben.** Von Dr. Kaminer. (Aus dem Radiuminstitut der Kgl. Charité.) Sie hatte gute Erfolge, besonders was die Härte, Verschiebbarkeit und Schmerzhaftigkeit anbetrifft.

(B. kl. W. 1915 Nr. 18.)

Phobrol als Desinfektionsmittel. Von Dr. Emil Weber. (Aus dem pharmakologischen Institut und der Klinik für kleine Haustiere der Kgl. Tierärztl. Hochschule zu Berlin.) Phobrol ist der reinen Karbolsäure um mehr als das 7fache an Desinfektionskraft überlegen. Mit dieser hohen Desinfektionskraft verbindet das Chlor-m-Kresol bzw. Phobrol eine so geringe Giftigkeit dem tierischen Organismus gegenüber, daß dieselbe für die Praxis nicht in Frage kommt. Diese geringe Giftwirkung des Phobrols ist in erster Linie auf seine geringe Resorptionsfähigkeit zurückzuführen. Hunde, die Verf. mit 5%iger wässeriger Phobrollösung baden und einreiben ließ, zeigten nicht die geringsten Vergiftungserscheinungen. Auch nach Uterusausspülungen, die Verf. bei Hündinnen mit $^1/_2$% wässeriger Phobrollösung vornahm, zeigten sich keinerlei Vergiftungserscheinungen. Von der Magenschleimhaut und Darmschleimhaut wird das Phobrol gleichfalls nur langsam resorbiert. So fand Verf. bei Hunden, denen bis zu 4 g Phobrol pro Kilogramm Körpergewicht in Form einer Emulsion mittels der Schlundsonde eingegeben worden war, noch nach 46 Stunden größere Mengen Phobrols im Magen und Darm. Neben dieser geringen Giftigkeit zeichnet sich das Phobrol auch durch seine geringe Reizwirkung aus. Selbst stärkere Konzentrationen (bis zu 5%) reizen die Haut nicht. Schleimhäute verhalten sich dem Phobrol gegenüber ziemlich indifferent. Jedenfalls hat Verf. bei Hündinnen, bei denen er mit $^1/_2$%iger Phobrollösung Uterusspülungen vornahm, keine erheblichen Reizerscheinungen wahrnehmen können. Hierzu kommt noch, daß man das Phobrol wegen seiner hohen Desinfektionskraft in starken Verdünnungen anwenden kann, und zwar dürfte $^1/_4$—$^1/_2$%ige Lösung für die meisten Fälle in der Desinfektionspraxis genügen. Hinsichtlich seiner Desinfektionskraft, seiner geringen Giftigkeit und Reizwirkung steht jedenfalls das Phobrol zurzeit an der Spitze der teerölhaltigen Desinfektionsmittel, und es dürfte berufen sein, bald einen hervorragenden Platz in der Desinfektionspraxis einzunehmen.

(Klin.-ther. Wschr. 1915 Nr. 17/18.)

Deutsche Ersatzpräparate für ausländische Originalpräparate nach einer Liste des Ausschusses der Spezialitäten- und Warenzeichenunternehmer des Deutschen Apothekervereins:

Bengué Balsam du Dr. Bengué.	Balsam Menthol. comp.
Bromidia Battle.	Liq. Chlorali bromat.
Cascarine Leprince.	Pilulae Cascar. sagr.
Extrait de Quinquina Wattelet.	Extr. Chinae liquid. oder Extr. Chinae fluid.
Fellows Sirup of Hypophosphites.	Liq. Hypophosphit comp. sacch. oder Sirup Hypophosphit comp.
Fer dialysé Bravais.	Tinct. Ferri aromat.
Hémoglobine Deschiens granal.	Pilulae Haemoglobini.
Laxarine Ferrial.	Essent. Frangulae oder Elixir Frangulae.
Liqueur du D. Laville.	Pil. Colchicin. comp. oder Liquor Colchicini.
Menthosol.	Vasoliment Mentholi.
Morisons Pills.	Pilulae laxantes.
Pastilles Laxatif Miraton.	Pastilli Phenolphthaleini.
Peptonate de Fer du Dr. Jaillet. Peptonate de Fer Robin.	Liq. Ferri peptonati.
Pilulae Clin à la Lecithine.	Pilul. Haemoglob. c. Lecithino.
Quina Laroche.	Vinum Chinae oder Elixir Chinae.
Scotts Emulsion.	Emuls. Ol. Jecoris Aselli comp.
Sirup de Chloral bromure du Dr. Dubois Sirup de Chloral de Follet.	Liquor Chlorali bromat.
Sirop de phosphate de fer Leras.	Liq. Calc. lactophosphor. c. Ferro et Mang. sacch.
Sirop Rami.	Liq. Bromoform comp. sacch.
Vasogene.	Vasolimenta.

(M. m. W. 1915 Nr. 24.)

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Dem sechsten Jahresberichte des Heilpflegevereins für kränkliche und schwächliche Kinder des Mittelstandes (Vorsitzender: General von Loebell) ist zu entnehmen, daß der Verein trotz der Kriegsverhältnisse auch im vergangenen Sommer sein Pflegeheim in Kölpinsee auf Usedom offen gehalten hat. 192 Kinder beiderlei Geschlechts fanden in den drei Betriebsmonaten Aufnahme. Die Kurzeiten im kommenden Sommer sind: 31. Mai bis 27. Juni, 1. bis 28. Juli, 1. bis 28. August und voraussichtlich auch noch 1. bis 28. September. Anmeldungen an den Schriftführer Gustav Petzold in Werder a. Havel.

Münster. Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Münster hat beschlossen, in diesem Jahre 100000 Mk. zur Durchführung von Kuren für skrofulöse oder tuberkulöse Kinder bereitzustellen, unter der Bedingung, daß seitens der Kreise, Städte oder Gemeinden mindestens die Hälfte des von der Landesversicherungsanstalt bewilligten Betrages hinzugelegt wird.

— Gestorben: Prof. der Kinderheilkunde H. Hirschsprung, der Entdecker der Hirschsprungschen Krankheit, 85 Jahre alt, am 11. April in Kopenhagen.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. Juli 1916. Nr. 7.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Peiper (Greifswald), Behandlung der Möller-Barlowschen Krankheit. (D. m. W. 1916 Nr. 6.) Heilung ist nur durch Zuführung ungekochter Nahrung möglich! In schwereren Fällen Ammenmilch, evtl. abgedrückt! Wo dies nicht möglich, rohe Kuhmilch, bei jungen Kindern verdünnt. Vor der Mahlzeit wird die Milch auf Trinkwärme gebracht und 5mal am Tage in Mengen von 150 bis 200 ccm gereicht.

Je nach der Schwere des Falles erhält das Kind 2—3 Wochen hindurch die Kuhmilch in ungekochtem Zustande. Besonders wenn rohe Kuhmilch unverdünnt gegeben wird, ist der Stuhlgang des Kindes sorgfältig zu überwachen, denn rohe, unverdünnte Kuhmilch wird, zumal bei jüngeren Kindern, auf die Dauer nicht vertragen. Es besteht ferner die Möglichkeit, daß trotz aller Vorsicht sich doch ein Milchfehler einschleichen kann. Die rohe Milch wird, wenn sie unverdünnt von jüngeren Säuglingen nicht vertragen werden sollte, mit kurz abgekochtem Wasser oder mit einer 3—5%igen, kurz gekochten Hafer- oder Reismehlabkochung verdünnt. Verträgt das Kind auch rohe, verdünnte Milch nicht, oder ist man nicht imstande, einwandsfreie rohe Milch zu beschaffen, so muß man sich entschließen, die Milch gerade bis zum Aufwallen zu bringen, und dann sofort den Kochprozeß unterbrechen.

Sobald die rohe Milch gut vertragen wird, geht man am zweiten Tage oder, wenn die Darmverhältnisse es gestatten, sofort zur Verabreichung anderer sogenannter antiskorbutischer Nahrungsmittel über. Von jeher haben sich in der antiskorbutischen Therapie Vegetabilien bewährt. Auch beim Kinderskorbut ist die Zufuhr von Pflanzensäuren nach der rohen Milch in erster Linie zu nennen. Insbesondere sieht man guten Erfolg von der Verabreichung von frischem Zitronen- oder Apfelsinensaft, 2—3 Teelöffel pro Tag in dünnem Zuckerwasser. Nehmen die Kinder den Saft nicht mit Wasser verdünnt, so gibt man ihn mit Kartoffel- oder Grießbrei. Kristallisierte Zitronensäure ist nicht zu verwenden. Auch Kirsch-, Himbeer-, Blaubeer-, Brombeer-, Erdbeer-, Preiselbeer-, Weintrauben-, Pfirsich- oder Orangensaft ist zu geben. Neben den Fruchtsäften, oder an Stelle derselben, werden roher geschabter Apfel, Birne, Banane, Erdbeeren, Apfel-, Pflaumen-, Rhabarbermus, Pfirsiche, Aprikose, Dattel, entkernte Kirschen oder Pflaumen, kurz die Früchte der Jahreszeit in kleinen Mengen, aber häufiger am Tage gereicht.

Sehr empfehlenswert ist die Verabreichung von 2—3 Teelöffeln Fleischsaft: 250 g rohes, saftreiches Rindfleisch werden durch die Fleischmaschine gedreht und auf einer Fleischpreßmaschine durchgepreßt.

Der frisch ausgepreßte Saft wird meist ohne jeden Zusatz von den Kindern gern genommen. Wird er verweigert, so mischt man ihn unter etwas Kartoffel- oder Grießbrei. Fleischextrakte und Fleischbrühe kommen nicht in Betracht, da sie einflußlos bleiben. Das wirksame Agens scheint das Fleischeiweiß zu sein.

Unter genauer Beobachtung des Stuhlganges, jede Überlastung des Magens sorgfältig vermeidend, geht man am vierten oder fünften Tage, wenn nicht schon früher, zur Gemüsekost über. Man gibt mittags einige Teelöffel Spinat-, Blumenkohl-, Mohrrüben-, Kartoffelmus oder einige Spargelköpfe. Die Beikost wird auf alle Mahlzeiten verteilt.

Bei jüngeren Kindern wird der rohe Fleischsaft baldmöglichst ausgesetzt. Bei Säuglingen, die an der Jahresgrenze stehen, ersetzt man ihn durch im Haushalt frisch geschabtes rohes Rindfleisch, das mit Grießbrei zwischen zwei Untertassen über kochendem Wasser 10 Minuten gedämpft wird. Fruchtsaft, Obst und Gemüse werden, wenn es die Verdauungszustände erlauben, überhaupt nicht mehr ausgesetzt. Grätzer.

Karl Obmann, Über vorzeitige Geschlechtsentwicklung. (Aus dem Herzogl. Georgenkrankenhaus in Meiningen.) (Ebenda.) Der vom Verf. beobachtete Fall betrifft einen Knaben, Robert E., der zur Zeit der Untersuchung noch nicht ganz 4 Jahre alt war. Er kam in das Georgenkrankenhaus wegen einer Paraphimose.

Die Eltern leben und sind gesund, der Vater steht zurzeit im Felde als Landsturmmann. In der Verwandtschaft keine erbliche Veranlagung, nur litt die Mutter während dieser Schwangerschaft an einer geringen geistigen Störung, anscheinend einer Psychose. Die Mutter war zuvor achtmal schwanger, wobei das Kind siebenmal ausgetragen wurde, einmal kam es zur Fehlgeburt. Bei Roberts Geburt war die Mutter 35 Jahre alt. Die ersten sieben Kinder hatten bei der Geburt normale Größe und entwickelten sich normal; das älteste ist jetzt 16 Jahre alt; eins starb mit 3 Tagen.

Der Junge selbst wurde nach der normalen Schwangerschaftsdauer leicht, ohne ärztliche Hilfe, geboren. Bei der Geburt hatte er dieselbe Größe und Gewicht wie ein anderes Kind auch. Während aber die früheren Kinder nur mit Muttermilch aufgezogen wurden, genügte Robert die Brust nicht, obgleich die Mutter ausdrücklich angibt, daß sie ebensoviel Milch gehabt hätte wie früher; er bekam dann neben der Brust noch Kuhmilch und Zwieback. Mit ungefähr 1 Jahre lernte er das Laufen, ebenso lernte er das Sprechen zur rechten Zeit. Die Zahnentwicklung war normal, nur hatte er dabei viel Krämpfe, keine Durchfälle.

Als Robert ungefähr 1 Jahr alt war, fiel der Mutter auf, daß an den Geschlechtsteilen Haare wuchsen; als er zu sprechen anfing, merkten die Eltern, daß die Stimme auffallend tief war, während es ihnen zuvor beim Schreien nicht so aufgefallen war. Vom 2. Lebensjahre an wuchs Robert sehr rasch, auch mußte sich die Mutter sagen, daß sich die Geschlechtsteile anders entwickelten als bei den übrigen Kindern. Daß das Glied steif wurde, habe die Mutter schon öfters bemerkt, aber nicht, daß er selbst schon onanistische Manipulationen vorgenommen hätte; Abgang von Samen wurde angeblich nicht festgestellt, ebensowenig besondere sexuelle Erregung oder tätliche Äußerung. Die Paraphimose habe er sich durch Spielen mit einem 8jährigen Mädchen zugezogen, wobei die Mutter ausdrücklich dem Mädchen die Schuld zur Veranlassung gibt; sonst sei

er noch nie Mädchen nachgegangen; überhaupt spiele er nicht mit den Kindern, sondern er rechnet sich mehr zu den Erwachsenen und hält sich zu diesen. Seine Lieblingsbeschäftigung sei das Ein- und Ausspannen der Kühe, tagsüber sei er größtenteils auf dem Felde; er erzählte auch im Krankenhaus viel von den Kühen. Tierquälerei sei nicht beobachtet worden. Von Charakter sei er gutmütig, doch sei er nicht so leicht zu bewältigen, wenn er zornig würde; nur vor seinem Vater habe er Respekt. In geistiger Beziehung sei er nicht zurückgeblieben, er sei im Gegenteil viel gescheiter als ein anderes Kind.

Als Verf. ihn im Bette liegen sah, hatte er den Eindruck, als sei es ein im Wachstum zurückgebliebener Mann. Er ist 121 (99[1]) cm groß und wiegt ohne Kleidung 68 (28) Pfund. Kräftiger Knochenbau, Muskulatur sehr gut entwickelt.

Die Genitalien entsprechen in ihrer Entwicklung denen eines 16—18jährigen Jünglings: 7 Wochen nach der Operation der Phimose ist der Penis in nicht erigiertem Zustande 8 cm lang, beide Hoden kleinpflaumengroß. Am Mons pubis reichlicher Haarwuchs; die Haare sind bis zu 4 cm lang und von dunkler Farbe. Von den sekundären Geschlechtsteilen fällt die enorme Bildung von Aknepusteln in Gesicht und Rücken auf. Die Stimme ist tief wie bei einem Erwachsenen, nur klingt sie sehr rauh. Die Brustwarzen sind stark entwickelt. In den Achselhöhlen und auf den Lippen kein Haarwuchs.

Der Kopf ist außerordentlich groß, Umfang um die Stirnhöcker gemessen 58,5 (45) cm. Die Fontanellen sind geschlossen. Die Halsweite beträgt 33 (23,5) cm. Umfang der Brust im Exspirium 77 (51) cm, im Inspirium 82 (55) cm, des Abdomens 76 (49) cm. Das Becken und besonders der Fettansatz an den Außenseiten der Oberschenkel hat große Ähnlichkeit mit dem weiblichen Typus. Es besteht ziemlich hochgradige Rachitis, besonders an den unteren Extremitäten. Für die kräftig entwickelte Muskulatur sprechen die Maße; so ist der größte Umfang des Oberarms beiderseits 22 (14) cm, des Unterarms links 23 (14), rechts 23,5 (14) cm, des Oberschenkels beiderseits 42,5 (25) cm, der Waden 28 (18) cm. Diese Zahlen entsprechen ungefähr denen eines 12—14jährigen Jungen! Ein Beweis für seine Kraft ist, daß Robert einen 20 Pfund schweren Eimer mit einer Hand ohne besondere Anstrengung hebt, ebenso mühelos hebt er ein 5jähriges Kind von 26 Pfund. Besonders bemerkenswert dürfte die Beobachtung sein, daß er zur Narkose ebensoviel Chloroform brauchte als ein normaler 20jähriger Mann.

Die Ossifikationsverhältnisse entsprechen denen eines 8—10jährigen Kindes; die sehr guten Zähne dagegen seinem Alter, d. h. er hat noch das vollständige Milchgebiß.

Augenhintergrund normal. Hydrozephalus ist trotz des großen Kopfumfanges nicht wahrscheinlich. Röntgenologisch konnte am Schädel, besonders an der Sella turcica, mit Bestimmtheit ein pathologischer Befund nicht festgestellt werden.

Die inneren Organe sind gesund. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

In geistiger Beziehung ist Robert seinen Altersgenossen wohl etwas, wenn auch nicht viel, voraus. Für seine Wunde zeigt er großes Interesse und beurteilte den Heilungsverlauf mit großem Verständnis. Er hängt sehr an seiner Mutter; so verlangte er jeden Abend, wenn es dunkel wurde, nach Hause und war nur mit Mühe zu beruhigen. Er interessiert sich lebhaft für jeden Gegenstand, den er noch nicht kennt, und fragt, wie er heißt. Auffallend ist sein Eigensinn, denn nur selten tut er das, was man von ihm verlangt.

Wenn Verf. sich zum Schlusse die Frage vorlegt, auf welche objektive Veränderung der auffallende Befund bei Robert zurückzuführen ist, so ist er allerdings nicht in der Lage, eine bestimmte Antwort geben zu können. Gegen das Vorhandensein eines Epiphysentumors spricht vor allem das Fehlen jeglicher Lokalsymptome seitens des Gehirns. Auch eine Erkrankung der Hoden ist mit Sicherheit auszuschließen; ob eine krankhafte Veränderung der Nebennieren-

[1] Die Zahlen in Klammern entsprechen den normalen Maßen eines 4jährigen Knabens; sie sind teilweise entnommen aus dem Handbuch der deutschen Schulhygiene, teils stammen sie von einem normalen 4jährigen Jungen.

rinde etwa im Spiele ist, läßt sich bei dem Mangel jeglicher darauf hinweisenden Erscheinungen gleichfalls nicht sagen. Der Knabe macht durchaus den Eindruck eines völlig gesunden Individuums. Auch die Theorie von Kussmaul, der die Frühreife als eine bereits intrauterin beim Körperaufbau beginnende Abnormität ansieht, trift hier nicht zu, da Robert bei der Geburt und noch im 1. Lebensjahr von der Norm nicht abwich. Grätzer.

Peiper (Greifswald), Behandlung der Erkrankungen der Mundhöhle des Säuglings. (Ebenda. 1916 Nr. 7.) Verf. bespricht die Behandlung der Stomatitis, des Soor, der Stomakaze, der Noma, ohne Neues zu bringen. Grätzer.

M. Simmonds, Über Kachexie hypophysären Ursprungs. (Aus dem Allgemeinen Krankenhause St. Georg-Hamburg.) (Ebenda.) Verf. berichtet über drei derartige Fälle, von denen einer ein Kind betrifft.

Ein 9jähriges Mädchen hatte in seinem letzten Lebensjahr die Zeichen einer stetig zunehmenden Entkräftung, Appetitlosigkeit und Abmagerung geliefert, ohne daß sich klinisch irgendwelche Organveränderungen nachweisen ließen. In den letzten Lebensmonaten trat dann noch eine wechselnde Polyurie hinzu. Andere auf eine Hypophysiserkrankung hinweisende Symptome fehlten völlig, und, da auch der Blutbefund normale Verhältnisse aufwies, beschränkte man sich auf die Annahme einer okkulten chronischen Tuberkulose. Die Autopsie zeigte zur Überraschung einen völlig normalen Zustand der Brust- und Bauchorgane. Dagegen fand sich als einzige pathologische Veränderung ein fast haselnußgroßer Tumor der Hypophysis, der das Organ völlig zerstört hatte. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als basophiles Adenom, ein Befund, der das Fehlen akromegalischer Erscheinungen zur Genüge erklärte.

Das Eigentümliche aller drei Fälle war, daß es sich um eine chronische, hochgradige, letal endigende Kachexie handelte, für die eine sorgfältige klinische Beobachtung absolut keine Erklärung liefern konnte. In allen drei Fällen fand sich als einziger pathologischer Befund bei der Autopsie eine totale Zerstörung der Hypophysis, zweimal durch Geschwulstbildung, einmal durch einen alten embolischen Prozeß bedingt. Für alle drei Fälle kann man daher annehmen, daß die Kachexie eine Folge der Hypophysisvernichtung und der dadurch bedingten Ausschaltung der inneren Sekretion jenes lebenswichtigen Organs darstellte.

Gewiß liegt die Frage nahe, weshalb von dieser hypophyseopriven Kachexie beim Menschen bisher nicht die Rede gewesen ist, während Verf. über drei derartige Beobachtungen berichten konnte. Verf. glaubt, daß die Erklärung darin zu suchen ist, daß die weit überwiegende Mehrzahl der Hypophysenerkrankungen von so viel anderen schweren Erkrankungen, lokalen wie allgemeinen Symptomen begleitet wird, daß die Kachexie übersehen oder wenigstens nicht genügend gewürdigt und hervorgehoben wird. Nur dort, wo alle anderen das Bild verschleiernden Nebenerscheinungen fehlen, wie in Verf.s Fällen, kann der Zusammenhang klar zutage treten. Endlich ist ja vorauszusetzen, daß die Kachexie erst dann eintreten wird, wenn eine völlige Vernichtung des Organs erfolgt ist. Solange noch genügend intaktes Gewebe erhalten bleibt, kann dieser Rest, wie das ja bei anderen Organen mit innerer Sekretion oft beobachtet wird, das Auftreten von Ausfallserscheinungen hintanhalten.

Wird aber die Richtigkeit der Annahme, daß beim Menschen eine Kachexie hypophysären Ursprungs, eine Cachexia hypophyseopriva vorkommt, zugegeben, so ergibt sich daraus auch die praktische Folgerung, daß man in allen Fällen progressiver Kachexie unbekannten Ursprungs an eine Hypophysiserkrankung zu denken hat und dementsprechend den Ausfall der Hypophysissekretion durch Darreichung von Hypophysispräparaten auszugleichen suchen soll.

Grätzer.

Adler (Paretz), Für die Ziegenmilch. (B. kl. W. 1916 Nr. 15.) Die Ziegenhaltung ist für sehr viele Mütter ohne größere Umstände durchführbar.

Die Ziegenmilch ist leicht so zu gewinnen, daß sie als einwandfrei bezeichnet werden kann.

Da die Ziege von den epidemischen Krankheiten der Kühe meist verschont bleibt, ist ihre Milch auch bei Kindern zum Genusse in rohem Zustande zu empfehlen.

Seitdem man imstande ist, von Ziegen durch das ganze Jahr frischmelke Milch zu gewinnen, wird man immer mehr in die Lage kommen, die Ziegenmilch je nach dem vorliegenden Falle zu „individualisieren". Besonders Kinderinstitute, die bei der größeren Zahl ihrer Kranken immer Verwendung für jede Art der Zusammensetzung der Ziegenmilch haben, werden nun gern die Selbstproduktion in die Hand nehmen, um nie mit dem Hauptternährungsmaterial — weder nach Quantität noch nach Qualität — durch äußerliche Zufälligkeiten in Verlegenheit zu geraten.

Dort, wo eine gewisse Anzahl von Ziegen zusammen gehalten wird, kann es sich lohnen, einen eigenen Bock zu steter Bereitschaft anzukaufen. Wo es sich aber um mehrere „kleine" Ziegenzüchter mit je einer oder zwei Ziegen handelt, dürfte ein Appell an die Gemeindeverwaltung, den Kreisausschuß oder die zuständige Kammer nicht ungehört verhallen.

Schreibt doch z. B. die Landwirtschaftskammer für die Provinz Brandenburg in ihrem Kriegsmerkblatt:

„Unterernährung, Bleichsucht, Blutarmut, Magenschwäche, Darmkatarrhe werden bei Kindern und Erwachsenen durch Ziegenmilch unbedingt behoben."

Wenn wir auch nicht alle diesen Satz glatt unterschreiben, so werden wir doch gut tun, die Erfahrungen der Ärzte aus Gegenden mit intensiver Ziegenzucht zu sammeln und — was in unseren Kräften steht — zur Vermehrung der Ziegenhaltungen und damit zur Steigerung des Verbrauches von Ziegenmilch durch Menschen beizutragen, vor allem im Interesse einer starken gesunden kommenden Generation.

Grätzer.

Fr. Proescher (Pittsburg), Zur Entdeckung des Poliomyelitiserregers und über die Kultur desselben in vitro. (Ebenda. 1916 Nr. 17.) 1. Das Vorkommen eines spezifischen, nur mit Methylenazurkarbonat färberisch darstellbaren Mikroorganismus in Form eines kleinen Kokkus wurde vom Verf. zuerst in einem Falle menschlicher Poliomyelitis erhoben.

2. Die von Flexner und Noguchi beschriebene spezielle Färbemethode zur Sichtbarmachung des Poliomyelitisvirus beruht auf dem Prinzip der vom Verf. zuerst eingeführten Färbung mit der freien Methylenazurbase.

3. Im Gegensatz zu Flexner und Noguchi konnte mit der reinen Methylenazurfärbung die Hauptmasse des Poliomyelitisvirus nicht im nervösen Stützgewebe, sondern in den Nervenzellen nachgewiesen werden.

4. Mittels der von Flexner und Noguchi angegebenen Kulturmethode konnte ein kleiner Kokkus aus dem Zentralnervensystem eines an Poliomyelitis zugrunde gegangenen Affen kultiviert werden, der bei intrazerebraler Verimpfung auf einen Affen das typische Krankheitsbild der Poliomyelitis erzeugte. Grätzer.

W. Frieboes, Über eigenartige, meist skarlatiniforme Spätexantheme nach Typhus- und Choleraimpfung. (Aus der Universitäts-Hautklinik zu Rostock.) (M. m. W. 1916 Nr. 7.) Es handelt sich um eine Affektion, die

1. nach allen Erfahrungen nicht übertragbar ist,
2. bisher nur Militärpersonen befallen hat,
3. unter diesen nur solche, die vor 2—4 Wochen oder etwas länger zum letzten Male gegen Typhus und Cholera geimpft worden sind.

Der Ausschlag selbst kann verschieden aussehen. Während die wenig entwickelten Exantheme mit ihren relativ spärlichen follikulär- und perifollikulär angeordneten Flecken und vor allem auf Grund der eigenartigen gelblichrötlichen oder mehr gelblichrosa Farbe mit keinem anderen Exanthem außer einem toxischen oder Arzneiexanthem zu verwechseln sind, bieten die stark entwickelten Fälle — und diese haben bis jetzt bei weitem überwogen — in einer gewissen Anzahl große differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber Scharlach, zumal ja auch die sonstigen Begleiterscheinungen (Lokalisation, Erbrechen, Fieber, Bronchitis, Freibleiben der Mundpartie usw.) dieselben sein können wie beim Scharlach. Aber auch hier dürfte meist eine genaue Betrachtung der Effloreszenzen am Rande der mehr diffus erythematösen Eruption und die hier stets vorhandene, an den mehr diffus erythematösen Stellen dagegen nur zur Zeit der Remission in der Färbung stärker hervortretende eigenartige gelbliche Färbung die Diagnose sichern. Weiter ist wichtig, daß auch in den stärksten Fällen das Exanthem stets marmoriert bleibt, d. h. rötliche Flecke in einem feinen Maschenwerk weißlicher Streifchen. Ein wichtiger Fingerzeig ist der Termin der letzten Schutzimpfung. Jeder Zweifel in der Diagnose wird aber beseitigt durch den Verlauf, d. h. durch das sehr rasche Verschwinden des Ausschlages und der Begleiterscheinungen und das Fehlen des für Scharlach typischen Abschuppens. Eine Miliaria cristallina sah Verf. in keinem Fall; nur einmal trat infolge sehr starken Schwitzens nach Spec. pectoral. (Fall mit Otit. media) eine Dermatitis vesiculosa et pustulosa auf, die aber von einer Mil. crist. vollkommen different war.

Grätzer.

O. Vulpius, Erfahrungen mit der Albeeschen Operation bei Spondylitis tuberculosa. (Aus der Prof. Dr. Vulpiusschen Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg.) (Ebenda. 1916 Nr. 15.) In der Behandlung der tuberkulösen Wirbelentzündung stehen Ruhigstellung und Entlastung der kranken Knochen obenan. Man hat durch das Gipsbett, durch den Korsettgipsverband, durch Stützapparate diesen Forderungen gerecht zu werden gesucht, man hat weiter operative Maßnahmen herangezogen, so die Vernähung der Dornfortsätze, die Abmeißelung und Verschiebung der letzteren, die Einheilung von Metallschienen. Die vorzüglichste Idee ist unzweifelhaft diejenige, welche Albee seiner Knochenplastik zugrunde gelegt hat: Die Dornfortsätze des erkrankten Wirbelsäulenabschnittes werden sagittal gespalten, zwischen die auseinandergedrängten Hälften wird ein dem Schienbein des Kranken entnommener Periostknochenspan eingepflanzt, das ist Albees Operation.

Verf. ist den in seiner Klinik, im badischen Landeskrüppelheim und in seinem Sanatorium Rappenau für Knochengelenktuberkulose operierten Patienten nachgegangen und hat 24 Fälle nunmehr nachuntersucht, über 6 weitere briefliche Auskunft erhalten.

Das Alter der operierten Fälle schwankte zwischen 3 und 45 Jahren, die Mehrzahl war unter 10 Jahren. Die vom Verf. geübte Technik ist sehr einfach und typisch. Großer Bogenschnitt über die erkrankten und die ihnen benachbarten nächsten und übernächsten Wirbel, Längsschnitt über die Dornfortsätze und die sie verbindenden Bandmassen, sagittales Durchmeißeln der Processus bis zum Wirbelbogen. Ausmeißeln eines entsprechend langen und dicken Knochenkeiles aus dem Schienbein, dessen Basis lateral von der vorderen Tibiakante liegt. Anfrischen des Periosts durch Kreuzschnitte und Einzwängen des Transplantats in die Dornfortsatzspalte. Bei vorhandenem Gibbus ist entsprechende Gestaltung des Spans durch Einsägen und Einknicken erforderlich. Mehrfache Etagennähte halten den Span mit Sicherheit in seiner Lage fest. Völliger Wundverschluß, Lagerung auf dem Bauch oder in vorher hergestelltem Gipsbett während mehrerer Wochen, dann Stützkorsett.

Bei allen Operierten ist glatte Einheilung des Spans zustande gekommen, nur bei dreien haben sich kleine Knochensplitterchen abgestoßen. Der Defekt am Schienbein hat sich stets erstaunlich schnell ausgeglichen. Beschwerden an dieser Stelle sind nie aufgetreten.

Bei den nachgeprüften Fällen lag die Operation bis zu $2^1/_2$ Jahren zurück.

Soweit sich klinisch jetzt feststellen ließ, ist durchweg feste Ankylose der durch den Span verbundenen Wirbel eingetreten. Diese Versteifung wurde niemals lästig empfunden, es ließ sich eine vikariierende hypernormale Beweglichkeit der benachbarten Wirbelgelenke nachweisen.

Außerordentlich prompt und regelmäßig hat die Operation auf die subjektiven Beschwerden eingewirkt, nach kürzester Frist verschwanden die Schmerzen, Kranke wurden rasch und erstaunlich mobil, die bis dahin kaum liegend sich rühren, geschweige denn sitzen konnten.

Sehr lehrreich war ein anatomisches Präparat, das Verf. 1 Jahr nach der Operation gewinnen konnte. In der Tat zeigten sich die einbezogenen Dornfortsätze in eine solide Knochenleiste verwandelt, welche jede Wirbelbewegung ausschließt. Nach Entfernung dieser Knochenleiste wurden die Wirbel sofort verschieblich. Es ergab sich hierbei, daß der Span unzweifelhaft teilweise resorbiert worden ist, daß er seine Aufgabe aber durchaus erfüllt.

Alle nachuntersuchten Operierten müssen klinisch zunächst als ausgeheilt bezeichnet werden, die Wirbelsäulen sind tragfähig geworden, Schmerzen oder sonstige Symptome der Entzündung bestehen nicht. Es gilt dies sowohl für die operierten Kinder wie für die Erwachsenen, für welche die Prognose bekanntlich erheblich trüber lautet.

Nur ein Kind ist nach 1 Jahr an tuberkulöser Meningitis gestorben. Was den Gibbus betrifft, so hat Verf. auffallende Veränderungen desselben nicht feststellen können. Ob die Hoffnung, daß der nicht mitwachsende Knochenspan zu einer Streckung des kindlichen Buckels führen müsse, einigermaßen berechtigt ist, will Verf. noch unentschieden lassen.

Mit Lähmung komplizierte Fälle hat Verf. nicht nach Albee operiert, wohl aber gelegentlich Laminektomien gemacht und den Defekt alsbald mit einem Schienbeinstück überbrückt.

Verf. hat nach der Albeeschen Operation nie eine Lähmung eintreten sehen.

In 7 Fällen war vor der Operation ein Psoasabszeß vorhanden, in allen Fällen ist derselbe resorbiert worden. Bei einem Kind und einem Erwachsenen ist nachträglich ein Abszeß in Erscheinung getreten, ein lumbaler bei dem Kind, von dem das vorhin erwähnte Präparat stammt, bei einem Erwachsenen ein Psoasabszeß, der nach wiederholter Punktion verschwand.

Im ganzen müssen die Ergebnisse der Nachprüfungen als in jeglicher Hinsicht recht günstig bezeichnet werden. Die Resultate berechtigen und verpflichten geradezu zu einer dringenden Empfehlung der einfachen Operation. Daß dieselbe die möglichst energisch und lange Zeit durchzuführende Allgemeinbehandlung der Spondylitis nicht überflüssig machen kann, bedarf kaum der Erwähnung.

Grätzer.

G. Umech, Ein Fall von Meningitis typhosa. (Aus dem Magdalenenspital in Triest.) (M. Kl. 1916 Nr. 13.) Verf. hat sich zur eingehenden Beschreibung dieses Falles von typhöser Meningitis entschlossen, nicht nur, weil derartige, durch den Eberthschen Bazillus verursachte Affektionen selten sind, sondern noch viel mehr deshalb, weil hier die Wichtigkeit von Laboratoriumsuntersuchungen zur Unterstützung der klinischen Krankheitsdeutung klar zutage tritt. Gerade in diesem ganz besonderen Falle wäre ohne Zuhilfenahme der Serumprüfung und der bakteriologischen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit die Diagnose am Krankenbette durchaus dunkel und zweifelvoll geblieben, wie auch die Art der bei der Autopsie festgestellten eitrigen Meningitis ohne bakteriologischen Befund nicht hätte bestimmt werden können.

Der 3jährige B. C. war bis zu seiner Spitalsaufnahme immer gesund gewesen und erkrankte 8 Tage vor derselben zunächst an Appetitlosigkeit, Übellaune und Halsschmerzen, weiterhin an stetig sich steigernden Kopfschmerzen; er hatte hohe Fiebertemperaturen abends, niedrige morgens; regelmäßige normale Defäkation. Unter fortwährender Zunahme der Kopfschmerzen war er in diesen 8 Tagen sichtlich stark abgemagert, hatte ein einziges Mal erbrochen.

Status praesens vom 19. November. Der erste Eindruck, den man vom Anblick des Kindes empfing, war der einer Meningitis basilaris: ein bleiches, abgemagertes Kind mit stumpfem, verschleiertem Blick und leidenden Gesichtszügen, in Seitenlage mit nach hinten gezogenem Kopfe, die Beine an den Unterleib gepreßt, die Hände zwischen den Knien haltend, stöhnend und häufig tiefe Seufzer oder laute Schreie ausstoßend. Temperatur 39°. Bei der Untersuchung findet Verf. Nackenstarre mit merklichem Opisthotonus; Beklopfen des Schädeldaches und der Wirbelsäule (namentlich ihres oberen Abschnittes) ruft so heftige Schmerzen hervor, daß das Kind weint; die Pupillen sind erweitert, gleich groß, auf Lichtreiz träge reagierend. Puls etwas frequent, rhythmisch, gleichmäßig, leicht unterdrückbar. Zunge belegt, kein Foetor ex ore, Schlund normal. Lungen: Schall überall hell, Atmung vesikulär. Herzdämpfungsgröße normal, Herztöne rein. Milz weder perkutorisch noch palpatorisch vergrößert. Der Bauch ist leicht eingezogen, weich, nicht druckempfindlich; Roseolen sind nicht sichtbar. Kernig positiv, ebenso Babinski und Trousseau; linker Patellarreflex fehlt vollständig, rechter ist schwach. Harnuntersuchung: Albumen negativ, Zucker negativ, Diazo positiv.

Obwohl dieses klinische Bild alle Erscheinungen der Basilarmeningitis aufwies, entnahm Verf. in Erwägung des Umstandes, daß des Kindes Mutter zurzeit, an Abdominaltyphus erkrankt, im gleichen Spitale lag, aus der Kubitalvene eine Blutprobe zur Ausführung des Widals. Gleichzeitig nahm er die Lumbalpunktion vor; der Liquor cerebrospinalis strömte mit stark erhöhtem Drucke aus (es wurden etwa 70 ccm abgelassen), war vollkommen klar und zeigte nach 24 Stunden weder Fadennetz noch Sediment. Das Blutserum ergab in Verdünnung 1 : 50 und 1 : 100 stark positiven Widal.

21. November. Das Kind hatte während der Nacht einmal erbrochen, viel gestöhnt und geächzt; hatte eine halbflüssige, normal gefärbte Entleerung. Eine zweite Lumbalpunktion (2 Tage nach der ersten) zur Verminderung des stark erhöhten Hirndruckes (Erbrechen, Kopfschmerz usw.) lieferte ein ganz unerwartetes Ergebnis: die auch diesmal mit starkem Drucke austretende Flüssigkeit war so reichlich eiterhaltig, daß nach wenigen Stunden ein fast 2 cm hoher Bodensatz von Eiter gebildet wurde. Ein hiervon gemachter, mit Methylenblau gefärbter Ausstrich zeigte zwischen zahlreichen polynukleären Zellen große Mengen von Bazillen, die dem Eberthschen Stäbchen glichen; andere pyogene Mikroorganismen fehlten. Die hierauf vorgenommenen Züchtungsversuche auf Agar-, Endo- und Drigalskiplatten sowie die Anreicherung in Galleröhrchen ergaben ausschließlich Reinkulturen des vermuteten Eberthschen Bazillus. Seine Agglutination mit spezifischem Serum trat bis zur Verdünnung 1 : 2000 ein. Die mit der Zerebrospinalflüssigkeit selbst angestellte Agglutinationsprobe fiel bei der Verdünnung 1 : 20 positiv aus.

22. November. Der Opisthotonus wird immer ausgesprochener, die Pupillen sind maximal erweitert und lichtunempfindlich. Der Kranke erlitt während des Tages einen gut halbstündigen Anfall klonischer Krämpfe des linken Armes und linken Beines; diese Gliedmaßen sind nunmehr vollständig gelähmt, so daß das Kind zur Bewegung des linken Armes die rechte Hand zu Hilfe nimmt. Der Puls ist frequent, klein, unregelmäßig; auch die Atemzüge haben sich vermehrt. Diagnose: Typhus abdominalis und Meningitis typhosa purulenta.

23. November. Exitus. — Autopsie: Die harte Hirnhaut zeigt außer starker Hyperämie nichts Abnormes, ist glänzend. Die Hirnwindungen erscheinen abgeflacht; dicke eitrige Massen von hellgelber Farbe breiten sich längs aller Gefäße, selbst der kleinsten, über die ganze Konvexität aus; kein Lappen ist frei davon. Beiderseits in der Gegend der Sylvischen Grube ist eine beträchtliche Eiteransammlung in dicker, breiter Schicht; rechterseits bedeckt ein großes Exsudat die Gegend der vorderen und hinteren Zentralwindung, und zwar deren unteren Teil (vgl. Hemiplegie). An der Gehirnbasis und namentlich in der Gegend des Infundibulum, des Pons und des Chiasma liegt eine dicke Eiterschicht, die sich nach hinten bis auf die Rückenmarkshäute (besonders auf deren Vorderfläche)

ausdehnt und nach vorn die Nervi olfactorii entlangzieht. Die Kammern sind etwas erweitert und enthalten leicht getrübte Flüssigkeit. — Von den Exsudaten wuchsen auf Agar gleichfalls Reinkulturen von Typhusbazillen. — Das Gehirn ist außerordentlich hyperämisch, die Arterien und Venen sind dilatiert und übermäßig geschlängelt, die Hirnmasse selbst hat äußerlich die Farbe frischen Fleisches, auf der Schnittfläche zeigen graue und weiße Substanz einen rosenroten Farbenton wie blutdurchtränktes Gewebe; auch die Kapillaren sind ungewöhnlich erweitert. — Die Milz erscheint leicht vergrößert. — Im unteren Abschnitte des Ileums zeigt sich Infiltration der Peyerschen Plaques und der Follikel, jedoch ohne Bildung von Typhusgeschwüren. Auch die Mesenterialdrüsen sind stark infiltriert. — Alle übrigen Organe erweisen sich als völlig unversehrt.

Dieser Fall unterscheidet sich von den anderen Fällen eitriger typhöser Meningitis insofern, als der klinische Symptomenkomplex tatsächlich der einer basilaren Meningitis war. In der Literatur hat Verf. nur einen einzigen Fall von typhöser Meningitis gefunden, der unter den Erscheinungen der basilaren verlaufen war (Susanna).

Aus der Erörterung des Falles geht hervor: 1. daß die vorwiegend meningealen klinischen Symptome die Diagnose einer Basilarmeningitis als die wahrscheinlichere annehmen ließen; 2. daß die Diagnose Abdominaltyphus nur mittels der Serodiagnose mit Sicherheit gestellt werden konnte; 3. daß durch die wiederholte Lumbalpunktion die Anwesenheit von Eiter im Rückenmarkskanal nachgewiesen und unter den Meningen wahrscheinlich gemacht wurde; 4. daß die Art der eitrigen Sekretion nur durch die bakteriologische Untersuchung klargestellt werden konnte. Die derart intra vitam zuwege gebrachte Diagnose wurde durch den Leichenbefund mit den dazu gehörigen weiteren bakteriologischen Untersuchungen vollinhaltlich bestätigt. Grätzer.

Emil Flusser, Die Ruhr der Kinder in Russisch-Polen. (Aus dem Marodenhause des Abschnittes 3 der k. u. k. Befestigungsbaudirektion Iwangorod.) (Ebenda.) Die Ruhr bevorzugt in jenen Gegenden Russisch-Polens, wo sie endemisch ist, das erste Kindesalter, während ältere Kinder und insbesondere Erwachsene seltener erkranken.

Dem wichtigsten Symptom der Ruhr, den blutigen Durchfällen, gehen im Kindesalter in vielen Fällen Prodromalerscheinungen voraus. Außer Erscheinungen seitens des Verdauungstraktes kommen auch zerebrale Erscheinungen in diesem Stadium vor.

Das hämorrhagische Stadium dauert in der Regel nur einige Tage, kann aber zu den schwersten Krankheitsbildern führen. Dem hämorrhagischen Stadium folgt ein Magendarmkatarrh, der nicht nur beim Säugling, sondern auch in den ersten Lebensjahren zu einem der Dekomposition gleichenden Zustand führen kann.

Die Behandlung hat in erster Reihe die Ernährung zu berücksichtigen. Eine medikamentöse Behandlung, insbesondere das Opium zur Bekämpfung des schmerzhaften Tenesmus, ist selbst beim Säugling kaum zu entbehren. Grätzer.

Chop, Beitrag zur Extremitätenteratologie. (Ebenda. 1916 Nr. 15.) Das Kind ist 9 Monate alt, kräftig entwickelt, gute Adipositas, die Psyche scheint wenig geweckt zu sein. Den Angehörigen, besonders der Mutter, ist es schon so vorgekommen, als wenn das Kind etwas idiotisch wäre. „Es liegt, ohne sich zu rühren

oder zu schreien, stundenlang in dem Korb und stiert vor sich hin und lallt mitunter halblaut."

Eigentlich krank ist das Kind bisher noch nicht gewesen. Soweit Verf. sich überzeugen konnte, waren alle Organe gesund. Außer der rechten Hand sind sämtliche Gliedmaßen normal gebildet.

Die rechte Hand ist im Vergleich zu links unförmig vergrößert und verdickt.

Angedeutet in der Entwicklung sind alle fünf Finger der Hand. Regelmäßig entwickelt sind aber nur der Daumen, Zeigefinger und der kleine Finger; an diesen Fingern ist nicht die geringste Anomalie vorhanden. Sie sind sowohl, was Funktion anbelangt, als auch der Form nach normal.

An Stelle des Mittelfingers und Ringfingers befindet sich nun eine klumpenförmige, fleischig-konsistente, ungelenke Masse. Äußerlich fällt die längs verlaufende Falte auf der Rückenfläche auf, die die Trennungslinie in der Anlage des dritten und vierten Fingers darstellt. Aus einem gemeinsamen Nagelbett sind zwei nebeneinanderliegende Nägel hervorgewachsen, die ziemlich verkrüppelte Form haben.

Bei Befühlen, das infolge des ganz soliden Fettpolsters erschwert ist, kann man sofort feststellen, daß die knöcherne Anlage vorhanden ist. Die einzelnen Phalangen sind als solche zu unterscheiden, eine Bewegung gegeneinander im Sinne vom Beugen oder Strecken ist in den drei Endphalangen unmöglich. Ein Auseinanderdrängen der Phalangenpaare im Sinne des Spreizens der Finger stößt auf Widerstand. Verf. möchte annehmen, daß die beiden End-Nagelphalangen knöchern verwachsen oder nur in gemeinsamer, einmaliger knöcherner Anlage vorhanden sind. Die beiden anderen Phalangenpaare sind vorhanden, scheinbar aber nur durch sehr solides Bindegewebe fest verbunden, nicht knöchern verwachsen. Da kein Röntgenapparat zur Verfügung stand, kann Verf. diese Behauptung nicht beweisen, sie entspricht aber sowohl den meisten Befunden der Extremitätenteratologie, als auch dem Gefühl bei wiederholt vorgenommener sorgsamer Palpierung.

Beweisend für diese angenommenen Verhältnisse des knöchernen Skeletts und erklärend für das Zustandekommen der Verkrüppelung in toto sind zwei deutliche Schnürfalten, als entstanden zu erklären durch uterine, amniotische Bänder bzw. Verklebungen in der allem Anscheine nach nur wenig mit Fruchtwasser gefüllt gewesenen Fruchtblase. Diese amniotischen Bänder, deren Einwirkungen deutlich erkennbar sind, haben die Entwicklung der beiden Finger in normaler Form gestört und diese Klumpbildung veranlaßt.

Das obere Band hat sich etwa in Höhe bzw. dicht unterhalb des Metakarpophalangealgelenkes um die beiden fraglichen Finger geschlungen. Es kann nicht fest abgeschnürt haben, da einerseits die resultierte Schnürfurche nicht tief erscheint (auf der Rückenfläche ist sie kaum zu erkennen, auf der Volarfläche ist sie deutlicher), und andererseits, weil noch unterhalb des Schnürringes eine gewisse Struktur der Phalangealanlagen vorhanden ist.

Das untere amniotische Band hat sich in der Höhe des End-

phalangengelenkes um die beiden Finger geschlungen. Die Schnürfurche ist auf Dorsal- und Volarfläche deutlich zu erkennen. Verf. glaubt daher auch, daß es viel fester wie das obere Band die Endphalangenanlagen abgeschnürt hat, so daß dadurch die innigere knöcherne Verwachsung bzw. das Resultieren der nur einmaligen Bildung der Anlage zustande gekommen ist. Grätzer.

L. Langstein, Kalktherapie bei älteren Kindern. (Ther. Mhf. 1916 Nr. 1.) Mit Rücksicht auf die guten Erfolge des Kalkes, die Emmerich und Loew bei Behandlung verschiedenartiger nervöser Zustände Erwachsener erzielt haben, lag es nahe, Kalksalze in der Therapie bei älteren Kindern, die ein labiles Nervensystem zeigten, zerfahren waren, schlecht schliefen und aßen, anämisch, abgemagert waren, leicht „abfielen" usw., zu versuchen. Im allgemeinen haben den Verf. seine Erwartungen nicht getäuscht, ja er möchte heute den Kalk bei der Behandlung dieser Zustände nicht mehr missen, Voraussetzung ist, daß er zumindest 8 Wochen lang gegeben wird und die Dosen nicht zu klein gewählt werden. Verf. hat sich besonders dreier Kalksalze bedient: Des Calcium chloratum, des Calcium lacticum und des Calcium carbonicum. Vom Kalziumkarbonat ist er, wenn es auch für den Geschmack durchaus das angenehmste ist, abgekommen wegen der oft außerordentlich hartnäckigen Obstipation, die es erzeugt hat. Das Calcium chloratum scheint am meisten zu leisten, erst in zweiter Linie das Calcium lacticum zu stehen. Das Calcium chloratum gab Verf. in wässeriger Lösung. Das letzte diesbezügliche Rezept, das Emmerich und Loew angegeben haben: Calc. chlorat. crystallisat. 100, aqua 500, hat er durch Zugabe von 0,5 Saccharin und etwas Gummi arabicum in Anlehnung an Goeppert modifiziert. Die Kinder nehmen die Medizin in Wasser mit Himbeersaft; die tägliche Menge wird zunächst nicht unter 2 g Calcium chloratum gehalten. Verf. erinnert sich eines einzigen Males, daß eine Mutter über Brechreiz des Kindes berichtet hat, der sie veranlaßte, die Medizin auszusetzen. Für Kinder im Alter von 3—6 Jahren blieb Verf. bei der Dosis von 1,5—2 g Calcium chloratum täglich durch Wochen hindurch. Bei älteren Kindern begann er mit einer Dosis von 3 g und ging allmählich auf 2 g herunter. Wenn 8 Wochen verstrichen waren, machte er eine Zwischenpause, um nach einiger Zeit wieder von neuem zu beginnen. Sehr häufig wiederholten die Mütter die Kur von selbst, da ihnen der Erfolg augenfällig erschien. Das Calcium lacticum wird am besten in der Dosis von 2 und 3 g täglich in Pulverform in das Essen gemischt. Man kann es auch den Kindern in Himbeersaft oder etwas Sirup verabreichen, wenn sie so empfindlich sind, daß der Geschmack des Calcium lacticum von ihnen beim Essen unangenehm empfunden wird.

Unter den Wirkungen des Kalkes nennt Verf. an erster Stelle eine deutlich beruhigende Wirkung auf das Nervensystem der Kinder. Die Kinder werden ruhiger, sie schlafen leichter ein und schlafen tiefer, ihre Erschöpfbarkeit und Schreckhaftigkeit nehmen ab. Damit hebt sich ihr Allgemeinbefinden. Ihre Gesichtsfarbe wird weniger blaß, ihr Appetit hebt sich, und eine oft 1 Jahr lang ausgebliebene Gewichtszunahme stellt sich ein. Grätzer.

Eugenie Steckelmacher, Über die Behandlung von Durchfällen bei Kindern mit basisch gerbsaurem Kalk. (Aus der Heidelberger Kinderklinik.) (Ther. d. Gegenw. 1916 Nr. 4.) Das Mittel, 85,6% Gerbsäure und 14,4% CaO enthaltend, ein graubraunes, in Wasser unlösliches Pulver wurde, bei Säuglingen zu 1—2 g, bei älteren Kindern bis zu 2,5 g pro die, bei 36 Fällen angewandt (meist pulverisierte Tabletten zu 0,5 g, der Nahrung beigemischt), stets anstandslos eingenommen und als völlig unschädlich erkannt. Eine spezielle diätetische Behandlung wurde unterlassen, also z. B. dyspeptische Säuglinge unter der üblichen Halbmilch-Schleimnahrung belassen. Trotzdem meist sehr prompter Erfolg. Ausgezeichnet reagierten einige parenterale und Entwöhnungsdyspepsien von Brustkindern. Auch bei Kindern jenseits des 1. Lebensjahres wurde oft die günstige Wirkung konstatiert. Prompt wirkte das Mittel bei 2 Fällen von Colica mucosa, und auch bei 5 Fällen von dysenterieformem Enterokolitiden wurde in kurzer Zeit durchgreifende Besserung erzielt (hier allerdings daneben auch diätetische Behandlung). Grätzer.

Alfred Specht, Über die Geburt bei Minderjährigen. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.) (Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 3.) Verf. hat gefunden, daß die Menstruation bei den minderjährigen Erstgebärender früher auftritt, daß das Becken in seiner Entwicklung durchschnittlich dem Alter vorauseilt, daß Länge und Gewicht der Kinder mit dem Alter der Mutter zunehmen und daß die Knaben über die Mädchen weit überwiegen.

Günstiger als normal waren: Die weniger häufigen Schwangerschaftsbeschwerden, die kürzere Dauer der Geburt, die selteneren Dammverletzungen, der im allgemeinen geringere Blutverlust, die geringere kindliche Morbidität, das Stillgeschäft und die geringere mütterliche Morbidität und Mortalität im Wochenbett.

Ungünstiger dagegen: Das häufigere Vorkommen der Eklampsie, Beckenendlagen, Wehenschwäche und Frühgeburten.

Den normalen Verhältnissen ungefähr entsprechend waren: Die Häufigkeit der Kunsthilfe und die kindliche Mortalität.

Alles in allem genommen verlaufen also die Geburten der Minderjährigen zum wenigsten nicht ungünstiger als eine normale Geburt, und wenn auch einige Nachteile gegenüber älteren Erstgebärenden bestehen, so werden diese durch vielerlei Vorteile reichlich wieder aufgewogen. Grätzer.

Max Rohde, Zur Kasuistik der hereditären Hirnsyphilis. (Mschr. f. Psych. u. Neurol. 36. 1915. H. 6.) Bei einem kongenital luetischen 12jährigen Jungen (beide Eltern luetisch, bei ihnen und beim Patienten Wa.R. stark positiv; seit dem 8. Lebensjahre Krämpfe, viel Kopfschmerzen, Lähmungserscheinungen) ergab die Sektion einen alten gummösen Prozeß, der sich zwischen die völlig erhaltene Dura und die überall deutlich erhaltene Pia einschiebt und den Subarachnoidealraum ausfüllt, von wo aus die gummöse Masse zum Teil mit der Dura und Pia verwachsen ist. Am stärksten ist dieser Prozeß über dem rechten Temporallappen. Diese gummöse Masse hat sich total fibrös zu einer Schwarte umgewandelt. Neben diesem chronisch

produktiven Prozeß besteht ein frisch entzündlicher Prozeß, wie er sich in der ausgedehnten kleinzelligen Infiltration offenbart, die sich subdural und zum Teil noch intradural findet. Auffallend ist die relativ scharfe Abgrenzung des chronischen Prozesses gegenüber Pia und Dura, und dieses Beschränktsein auf den Subarachnoidealraum erklärt es wohl auch allein, weshalb ein Hineinwuchern von Bindegewebe oder Einlagerung gummöser Massen in die Hirnrinde von hier unterblieben ist. In enormer Ausdehnung finden sich auch Veränderungen der Gehirnmasse selbst (enorme gliöse Wucherungen mit weitgehender Veränderung ihrer Färbbarkeit), bedingt durch das Einwirken des luetischen Giftes während des ganzen Lebens des Patienten sowie durch den Druck der derben, chronisch meningitischen Neubildung. Das Rückenmark bietet keine wesentlichen Veränderungen, nur erscheinen im Weigertpräparat die Seitenstränge vielleicht gegenüber den übrigen Partien etwas aufgehellt.

Kurt Mendel.

Jancke, Über eine Bettnässerfamilie, zugleich ein Beitrag zur Erblichkeit der Spina bifida. (D. Ztschr. f. Nervenhlk. 54. 1915. H. 4.) Vererbung der Blasenschwäche in fortlaufender Reihe vom Großvater bis zu den Urenkeln. In der 2. Generation 2 nicht blutsverwandte Bettnässer. Von den 3 Kindern der 4. Generation sind die beiden älteren sicher krankhaft, die Blasenschwäche des jüngsten Kindes könnte noch innerhalb physiologischer Grenzen sein. Das Vorliegen von drei positiven Röntgenbefunden (Spina bifida) spricht für eine anatomisch begründete Läsion und gegen eine psychische Infektion. Bei Bettnässern ist nach Vererbbarkeit der Spina bifida zu fahnden. Kurt Mendel.

J. Kusnetzoff, Über Osteogenesis imperfecta. (Frankf. Zschr. f. Pathol. 16. 1914. H. 1.) Von zwei Zwillingen, die etwas frühzeitig geboren wurden, zeigte der eine das typische Bild der Osteogenesis imperfecta mit der typischen, über das ganze Knochensystem ausgebreiteten Osteodysplasie, der zweite Zwilling war normal. Es handelte sich um zweieiige Zwillinge mit zwei getrennten Plazenten und Eihautsäcken. Die dem kranken Kinde zugehörige Plazenta zeigte Kalkeinlagerungen und fibrinöse Schwarten. Die Ursache der Erkrankung ist nicht im mütterlichen Organismus, sondern im Fötus selbst gegeben. Kurt Boas.

Renaux, Le microbe de Bordet et Gengou, à guet étiologique de la coqueluche. (Zbl. f. Bakteriol. 75. 1914. H. 3.) Auf Grund seiner Untersuchungen an 73 Patienten gelangt Verf. zu dem Ergebnis, daß in dem genannten Bazillus der wirkliche Erreger des Keuchhustens zu erblicken sei. Kurt Boas.

R. Schröck, Über kongenitale Wortblindheit. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Rostock.) (Kl. Mbl. f. Augenhlk. 54. 1915. H. 2/3.) Verf. schildert nach einer eingehenden Darstellung der Literatur 5 Fälle von kongenitaler Wortblindheit. Es handelt sich anatomisch um eine Aplasie der Hirnrinde in der Gegend des Gyrus angularis. Oft findet man Vergeßlichkeit dabei. Der Verlauf

kann ein intermittierender sein. (Anmerkung des Referenten: Bereits vor Jahren als Rostocker Inaugural-Dissertation erschienen.)

Kurt Boas.

G. Quadri, Klinischer Beitrag zur Kenntnis des Infantilismus. (D. Arch. f. klin. Med. 117. 1915. H. 3.) Verf. berichtet über einen Fall von Infantilismus mit Mitralstenose, hämorrhagischer Diathese, Milztumor ohne Aszites, Vergrößerung der Leber und pigmentöser Papilloretinitis.

Aus dem geschilderten Fall geht hervor, daß sich mit dem Symptomenbild des gemeinen Infantilismus die verschiedenartigsten Alterationen der verschiedensten anderen Organe finden können. Zwischen diesen und dem Infantilismus besteht nicht die Beziehung von Wirkungen zur Ursache, sondern sie sind vielmehr mit diesem auf eine schwere Schädigung zurückzuführen, die der Gesamtorganismus in einer sehr frühen Zeit seiner individuellen Entwicklung erlitten hat. Kurt Boas.

D. Veszprémi, Einige Fälle von angeborenem Darmverschluß. (Aus dem Patholog. Institut der Universität in Koloszvár.) (Beitr. z. pathol. Anatomie 60. 1915. H. 1.) Verf. teilt drei Fälle von angeborenem Darmverschluß bei Neugeborenen mit, welche durch schwere Veränderungen (Atresien, zum Teil durch Torsionen) des Dünndarmes hervorgerufen waren. Kurt Boas.

A. Löser, Über kongenitale Aortenstenose und fötale Endokarditis. (Virchows Arch. f. pathol. Anatomie 219. 1915. H. 3.) Bei einem 2 Tage alten Mädchen fand sich eine hochgradige Atresie des Aortenanfangsteiles mit Hypoplasie der linken Herzhälfte und starker exzentrischer Hypertrophie des rechten Ventrikels. Das Endokard des linken Ventrikels war zuckergußartig verdickt. Die Atresie der Aorta war bedingt durch eine zarte Membran, die das Lumen quer abschloß. Infolge Fehlens irgendeiner weiteren Mißbildung am Herzen sowie auf Grund der mikroskopischen Untersuchung schließt Verf. sowohl einen kongenitalen Herzfehler als auch die Folgen einer fötalen Endokarditis aus. Die Ursache für die Entstehung der Sperrmembran in der Aorta war nicht zu eruieren.

Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Kraus, Über eine neue Behandlungsmethode des Keuchhustens. (Aus dem Bakteriolog. Institut des Departamento Nacional de Hygiene in Buenos-Aires.) (W. kl. W. 1915 Nr. 51.) Davon ausgehend, daß vielleicht der Erreger ein nicht züchtbares Virus sei, und von der therapeutischen Wirksamkeit gewisser Eiweißkörper überzeugt, ging Verf. daran, das Sputum der an Keuchhusten erkrankten Kinder therapeutisch zu verwerten. Das Sputum, womöglich in der ersten Periode des konvulsiven Stadiums, wird in sterilen Petrischalen aufgefangen, gewaschen und, nachdem man sich davon überzeugt hat, daß es frei von Tuberkelbazillen ist, wird es mit Äther vermischt und in Kolben tagelang auf der Schüttelmaschine

geschüttelt. Nachher wird der Äther bei 37° verdampft und die Flüssigkeit aërob, anaërob und am Tier geprüft. Die sterile Flüssigkeit wird dann subkutan injiziert. Die Behandlung erfolgte anfangs mit 0,25 ccm. Nachdem aber nie eine lokale Reaktion eintrat, fing Verf. mit 0,5—1,0 ccm an und injizierte die gleiche Menge (1—2 ccm) jeden 3. oder 4. Tag.

Fast ausnahmslos trat nach der zweiten Injektion die Besserung des Zustandes ein. Die Zahl der Anfälle nahm auffallend ab, die Krampfanfälle selbst änderten sich und nahmen mehr und mehr einen katarrhalischen Charakter an, das Erbrechen verschwand rasch fast bei allen Fällen, und wenn Blutungen vorhanden waren, sistierten auch diese. Man hatte allgemein den Eindruck einer auffallenden Besserung. Grätzer.

R. Wacker, Furunkel der Nase mit Exitus letalis infolge septischer Thrombose des Sinus cavernosus. (Aus der Otolaryngologischen Universitätsklinik in Basel.) (Schweiz. Corr.-Bl. 1916 Nr. 14.) Es handelte sich bei dem 12jährigen Kinde um einen ganz stürmisch verlaufenden Fall von Staphylokokken-Septikopyämie, ausgehend von einem Furunkel der behaarten Stellen des Vestibulum nasi. Nach 2 Tagen schloß sich an den Furunkel stärkere Schwellung der Nasenspitze, nach 3 Tagen Schwellung der Wange und der Umgebung des betreffenden Auges an; am 4. Tage setzte Fieber, Erbrechen und leichte Somnolenz ein, ohne daß ein Schüttelfrost vorangegangen wäre; das Fieber stieg rasch auf 39,8°. Gleichzeitig wurden bei dem nun erfolgten Spitaleintritt alle Zeichen einer starken, peribulbären entzündlichen Schwellung mit Chemosis, Exophthalmus, Ophthalmoplegia externa und interna, sowie beginnende Meningitis und Hyperalgesie des linken Astes des Trigeminus festgestellt. Eine ohne Verzug vorgenommene ausgiebige Inzision deckt eine diffuse gangräneszierende Phlegmone des orbitalen Zellgewebes auf. Die Nebenhöhlen, der Rachen, sowie die tiefer gelegenen Nasenpartien sind intakt. Ausbreitung der Schwellung auch auf das Auge der anderen Seite. Unter Steigerung der meningitischen Erscheinungen verschlechtert sich der Allgemeinzustand rasch, während die Temperatur immer um 40° herum bleibt. Der Tod tritt 7 Tage nach Beginn der Erkrankung ein. Die Sektion ergibt von einem Nasenfurunkel ausgehende Staphylokokkämie, Orbitalphlegmone der betreffenden Seite mit Thrombophlebitis beider Sinus cavernosi und der anstoßenden Venengebiete, Meningitis purulenta, sowie — als Folgen der Pyämie bzw. der Verschleppung eitriger Thromben aus dem Gebiete der V. V. facialis und ophthalmicae — multiple Lungenabszesse und eine beginnende eitrige, fibrinöse Pleuritis.

Grätzer.

Ingeborg Jacobsen und **Adolph H. Meyer**, Untersuchungen über den Keuchhustenbazillus (Bordet-Gengouschen Bazillus). (Aus dem staatlichen Seruminstitut und Dr. med. Adolph H. Meyers Privatklinik für Kinder.) (Hospitalstidende 1915 Nr. 25.) Nach eingehender Beschreibung der Technik teilen die Verff. die Resultate ihrer Untersuchungen mit. Das Material umfaßt 37 keuchhustenkranke Kinder. Bei 14 von

16 Patienten, die den Keuchhusten bis zu 3 Wochen gehabt hatten, wurde der Bazillus vom Auswurf rein gezüchtet; bei Patienten, die eine Woche länger gehustet hatten, gelang die Züchtung viel seltener; wenn die Patienten 1 Monat gehustet haben und bei Komplikationen mit verbreiteter Bronchitis oder Bronchopneumonien konnten sie die Bazillen nicht rein züchten. Die Verff. sind, auf klinische Tatsachen gestützt, geneigt, daran zu zweifeln, daß die Krankheit gewöhnlich länger als etwa 1 Monat ansteckend ist; wenn die Bazillen aus dem Auswurf geschwunden sind, ist es jedenfalls problematisch, ob die Patienten noch anstecken können. Im ganzen sind die Verff. mit Bordet-Gengou einig rücksichtlich der Verhältnisse der Bazillen, nur die Polfärbung fanden sie nicht charakteristisch. Es gelang ihnen, ein stark agglutinierendes Kaninchenimmunserum herzustellen, welches sie zur Bestimmung ihrer Bakterienstämme anwenden konnten. Agglutination mit dem Serum der Patienten war nur selten vorhanden; auch konnten sie hinsichtlich der Komplementbindung mit Bordet-Gengou vollständig übereinstimmen. Die Komplementbindungsreaktion, an 25 Sera von Keuchhustenpatienten und Keuchhustenrekonvaleszenten angestellt, war mit einer Ausnahme positiv bei allen, die vom Schluß des ersten Monats der Krankheit (d. h. 2. bis 3. Woche des Krampfstadiums) bis etwa 3 Monate nach dem Anfang der Krankheit untersucht wurden. 3 Kinder ergaben Komplementbindungsreaktion 5 Monate nach dem Anfang der Krankheit. 102 Kontrollversuche waren alle negativ bis auf einen, dessen Serum von einer 29jährigen Frau herrührte, die Keuchhusten als Kind gehabt hatte. Die Verff. schließen aus ihren Untersuchungen, daß Bordet und Gengou den von ihnen im Jahre 1906 beschriebenen Bazillus mit Recht als den Keuchhustenerreger bezeichneten. (Die Abhandlung erschien nebst einer geschichtlichen Übersicht gleichzeitig in dem Archiv für Kinderheilkunde.) Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

C. Alexandresca-Derscu und **I. Nitzescu** (Bukarest), Intermittierende Serumkrankheit, Malariaanfälle imitierend. (Spitalul. No. 3—4. 1915.) Die Erscheinungen, welche nach Serumeinspritzungen auftreten, sind außerordentlicher Natur und werden als anaphylaktische Symptome angesehen. Es sind dies: Urtikaria, Erytheme, Ödeme, Gelenk- und Muskelschmerzen, Drüsenschwellungen, Dyspnoe, Erbrechen, Praekordialangst, Zyanose, filiformer Puls und endlich anaphylaktischer Tod.

Die Verff. haben einen 14jährigen Knaben beobachtet, dem wegen akuter Zerebrospinalmeningitis zwei intrarachnoidane Einspritzungen von je 20 ccm Antimeningokokkenserum nach Dopter gemacht wurden. Die Meningitis heilte, und der Patient befand sich während 28 Tagen im besten Wohlsein. Da trat unter hoher Temperatur, allgemeiner Abgeschlagenheit und Schmerzen in allen Gelenken eine papulo-erythematöse Urtikaria auf. Am folgenden Tage fiel die Temperatur ab, und der Zustand besserte sich, um am nächstfolgenden Tage in ähnlicher Weise wieder aufzutreten. Das Ganze

wiederholte sich während eines ganzen Monats und imitierte in auffallender Weise eine schwere Malaria, doch fand man keine Plasmodien, und auch das Chinin intern und intramuskulär blieb ganz wirkungslos. Es konnte sich also in diesem Falle nur um eine merkwürdige und unerklärliche Form der Serumkrankheit gehandelt haben.

E. Toff (Braila).

I. Nestor (Bukarest), Die venerischen Krankheiten in der Schule. (Ebenda. No. 5—6. 1915.) Der Verf. hat die Schüler der oberen Klassen mehrerer Gymnasien einer eingehenden Untersuchung mit Bezug auf ihr sexuelles Leben unterzogen und folgendes gefunden. Von 917 Schülern waren 197 Abstinenten, 720 frequentierten Frauen. Von letzteren waren 248 geschlechtskrank. In einem Privatinstitut war mehr als die Hälfte der Schüler sexuell erkrankt. Überall wurde die Beobachtung gemacht, daß der größte Teil dieser Patienten ihre Krankheit verheimlicht hatten, teilweise aus Scham, teilweise aus Furcht, aus der Schule ausgestoßen zu werden. Diese traurigen Zustände erheischen dringende Abhilfe. Die Kinder sollen von einem gewissen Alter ab über sexuelle Dinge in geziemender Weise aufgeklärt werden, wobei selbstverständlich die körperliche Entwicklung und der Intellekt des einzelnen in Betracht gezogen werden muß. Ferner sollen dieselben eine genügende Kenntnis der Prophylaxis venerischer Krankheiten besitzen, endlich im Erkrankungsfalle ungesäumt ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Gut geschriebene sexuell-hygienische Bücher sind von großem Nutzen und sollen der Jugend in einem gewissen Alter in die Hand gegeben werden. Es ist dies um so wichtiger, als heute durch pornographische Literatur, pikante Bilder und Kinovorstellungen das sexuelle Leben der Jugend viel früher rege wird, als in vergangenen Zeiten.

E. Toff (Braila).

H. Makelarie, Die Ursachen der infantilen Sterblichkeit in Rumänien und die Mittel zu deren Bekämpfung. (Gesellschaft für medizinische Wissenschaften in Bukarest, Sitzung vom 27. Oktober 1914.) Die im allgemeinen große Natalität des rumänischen Volkes wird durch eine relativ hohe Sterblichkeit zum Teil aufgehoben, so daß der jährliche Zuwachs der Bevölkerung nur 14 bis 15 Promille beträgt. 30% der Kinder sterben im Verlaufe des 1. Lebensjahres, 50% bis zum 5. Lebensjahre. Die Ursachen der großen Sterblichkeit im 1. Lebensjahre sind vorgeschrittenes Alter und nahe Verwandtschaft der Eltern, Syphilis, Tuberkulose und schlechte Gesundheit der Mutter während der Schwangerschaft. Mangelhafte Ernährung, ungesunde Wohnung und zu große Arbeitsleistung derselben spielen diesbezüglich ebenfalls eine wichtige Rolle. Ursachen, die vom Kinde ausgehen, sind: Tetanus der Neugeborenen, angeborene Schwäche, Gastroenteritis und Bronchopneumonie.

Die Magendarmerkrankungen entstehen hauptsächlich dadurch, daß den Säuglingen außer der Mutterbrust auch verschiedene unzweckmäßige Nahrungsmittel gegeben werden. Bronchopneumonie tritt namentlich während der Wintermonate auf, rafft viele Kinder hinweg und beruht auf ungenügender Pflege und unzweckmäßigen

Wohnungen. Für die angeborene Schwäche kommen außer anderen hereditären Ursachen auch Malaria und Pellagra in Betracht.

Für die Bekämpfung dieser Zustände ist noch wenig oder gar nichts gemacht worden. Es müßten allgemeine hygienische Maßregeln ergriffen werden, ferner Lehren über Kinderernährung und -erziehung in den unteren Volksschichten und namentlich unter der Landbevölkerung verbreitet werden. Schwangeren Frauen sollte schwere Arbeit in den letzten Monaten vor der Geburt verboten werden. Säuglingskonsultationen und Asyle für Schwangere sollten in möglichst großer Anzahl gegründet werden, da dieselben in anderen Ländern sehr gute Erfolge ergeben haben. Im allgemeinen muß aber gesagt werden, daß in diesem Kampfe gegen die große Kindersterblichkeit den Ärzten der erste Platz eingeräumt werden muß.

E. Toff (Braila).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Fahr: **Diphtherie.** Den Untersuchungen liegen 144 Diphtheriefälle zugrunde — Infektionsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck — bei denen Herz (144mal), Niere (110mal) und Leber (90mal) histologisch untersucht wurden. Um zu entscheiden, welche Veränderungen aufs Konto der Diphtherie, welche auf Rechnung etwaiger Komplikationen zu setzen seien, wurden regelmäßige bakteriologische Blutuntersuchungen vorgenommen. Die Ergebnisse der Untersuchungen gipfeln darin, daß die Veränderungen, die bei der reinen unkomplizierten Diphtherie an den Organen beobachtet werden, nicht nur quantitativ, sondern prinzipiell verschieden sind. Diese Veränderungen, namentlich die am Herzen, werden einer genaueren Besprechung unterzogen. Aus der Verschiedenartigkeit der Wirkung schließt Vortr. auf eine qualitative Verschiedenheit der hier in Frage kommenden Toxine; er sieht in dieser qualitativen Verschiedenheit der bei der Diphtherie gebildeten Giftstoffe den Grund, weshalb das — auf einheitlichem Wege hergestellte — Antitoxin trotz frühzeitigster Anwendung in einer Reihe von Fällen wirkungslos bleibt.

Besprechung. Eug. Fraenkel: Die nun seit mehr als fünf Jahren herrschende Diphtherieepidemie ist die größte und schwerste, die Vortr. im Laufe seiner gesamten Dienstzeit gesehen hat. Es ist auch jetzt noch keine Abnahme zu merken. Man hatte in Eppendorf im Vorjahre einschließlich 12 Soldaten 1207 Diphtherieaufnahmen. Davon starben 147 (1 Soldat); in diesem Jahre bis Mitte Oktober einschließlich 42 Soldaten 905 Diphtherieaufnahmen, von denen 135 (1 Soldat) zugrunde gingen. Es kamen allein vorgestern 22 neue Fälle zur Aufnahme, und wir hatten heute unter 7 Sektionen 3 an Diphtherie verstorbene Kinder. Man wird aus diesen kurzen Angaben eine Vorstellung von der Ausdehnung und Schwere der Epidemie gewinnen können. Und nun ein paar Worte zu der sogenannten Myolysis cordis diphtherica. Vortr. hat schon früher einmal Gelegenheit gehabt, diesem von Eppinger herrührenden Krankheitsbegriff gegenüber Stellung zu nehmen, und zwar in durchaus ablehnendem Sinne. Nach Eppinger soll es sich dabei um eine durch Ödem zustandekommende Auflösung des Muskelgewebes handeln. Etwas Derartiges ist, außer von Eppinger, bisher von niemandem beobachtet worden. Speziell Aschoff hat seinen ablehnenden Standpunkt schon im Jahre 1906 in seiner kleinen Monographie „Die heutige Lehre von den pathologisch-anatomischen Grundlagen der Herzschwäche“ (Jena 1906) präzisiert. Nun hat Fahr (ganz ähnlich wie Simmonds bzw. dessen Schüler Bürger bereits im Jahre 1910) diesen Eppingerschen Terminus wieder aufgenommen und angewendet auf einen Prozeß, der diese Bezeichnung ganz und gar nicht verdient. Denn was Fahr gezeigt hat, sind Dinge, die, wie er ja auch selbst angab, vor ihm schon verschiedene andere Autoren beschrieben haben, die wir als scholligen Zerfall, schollige Nekrose des Herzmuskelgewebes bezeichnen, Veränderungen, die, kurz

ausgedrückt, in das Gebiet der Gewebsnekrosen gehören. Dafür brauchen wir aber diese von Eppinger für eine durchaus wesensverschiedene zudem bisher von keinem anderen Pathologen jemals beobachtete Affektion gewählte Bezeichnung „Myolysis cordis" nicht, und deshalb ist von ihrer Wiedereinführung unter allen Umständen Abstand zu nehmen. Im übrigen ist Vortr. mit Fahr der Ansicht, daß wir in dieser Herzmuskelnekrose eine Äußerung des Diphtheriegiftes (nicht einer Diphtheriebazillenansiedlung) zu erblicken haben. Die farbigen Photogramme, die Vortr. nunmehr zeigt, beziehen sich zunächst auf Lokalisationen der Diphtherie im Magen. In den Büchern findet man darüber sehr wenig. Und doch ist das Vorkommen der Magendiphtherie in großen Epidemien keineswegs ungewöhnlich selten. Am häufigsten als streifige, ziemlich dicke, bisweilen hämorrhagische, fibrinöse Pseudomembranen in der Gegend der Kardia. Aber auch das Mageninnere kann in größerer Ausdehnung ergriffen und unter Umständen die gesamte Schleimhaut von einer zusammenhängenden, fibrinösen, echten Pseudomembran austapeziert sein. Auch histologisch unterscheiden sich diese Membranen in nichts von den im Schlund und in den Luftwegen vorkommenden, insbesondere auch nicht, wie diese beiden Photogramme lehren, hinsichtlich der Massenhaftigkeit der Bazilleninvasion, für deren Nachweis im Schnitt Vortr. die Pyronin-Methylgrünfärbung angelegentlichst empfiehlt. Ein anderer Teil der farbigen Photogramme zeigt Äußerungen des Diphtheriegifts an der Hautdecke. Es kommt an dieser vor allem zu Hämorrhagien, die entweder flohstichartig klein, hellrot in der Cutis sitzen oder als größere bläuliche, weil in der Subcutis gelegen, Flecke imponieren und von übelster Prognose sind. Histologisch handelt es sich, wie man an diesen Bildern sieht, keineswegs um reine Extravasate. Man findet vielmehr neben roten Blutzellen große Mengen von ein- und mehrkernigen Leukozyten, so daß man viel eher von hämorrhagischen Entzündungen zu sprechen berechtigt ist. Der Nachweis von Diphtheriebazillen in diesen Herden ist dem Vortr. bisher weder im Schnitt noch durch Kultur gelungen. Endlich sieht man noch zwei Präparate von echter, durch den Diphtheriebazillus verursachter Hautdiphtherie, einer äußerst seltenen Erkrankung, die Vortr. im ganzen nur dreimal gesehen hat. Namentlich das eine dieser Präparate ist deshalb interessant, weil es sich um einen auf der Chirurgischen Abteilung behandelten Kranken handelt, dem das Hautstück wegen eines etwas rätselhaften, speckigen Geschwürs exzidiert worden war. Vortr. konnte bei der histologischen Untersuchung feststellen, daß eine echte Hautdiphtherie vorlag. Der Modus der Infektion blieb unklar. (Ärztlicher Verein in Hamburg, 19. Oktober 1915.)

Fortsetzung der Besprechung.

Simmonds: Fahr hat bei seinen Herzuntersuchungen bisweilen entzündliche Veränderungen des Myokards angetroffen, ohne daß gleichzeitig Streptokokken im Blut nachweisbar waren. Er schließt daraus, daß der Diphtheriebazillus allein auch imstande sei, solche entzündliche Prozesse auszulösen. Demgegenüber erinnere ich daran, daß bei jeder schweren Diphtherie Streptokokken im Rachen so massenhaft vorkommen, daß man auch ohne ein Übertreten in das Blut eine Giftwirkung in fernliegenden Organen voraussetzen darf. In den Herzen von Pferden, die mit Diphtheriereinkulturen behandelt und bei denen Mischinfektionen auszuschließen waren, fehlten entzündliche Veränderungen stets. Der Ansicht des Herrn Fraenkel, daß es sich im Diphtherieherz um einfache Nekrosen handelt, kann Vortr. nicht beipflichten; ebensowenig möchte er aber auch gleich Ribbert von einer wachsigen Degeneration sprechen, deshalb hat er früher die Eppingersche Bezeichnung Myolyse gewählt, ohne seiner Ansicht über deren Entstehung durch ein toxisches Ödem beizutreten. Der Vortrag des Herrn Fahr gipfelte in dem Satze, daß das Heilserum deshalb nicht stets wirksam sein kann, weil das Diphtheriegift kein einheitliches ist. Als Beweis für diese Vielgestaltigkeit des Diphtheriegiftes führt er die Vielgestaltigkeit der durch die Diphtherie veranlaßten Gewebsveränderungen an. Man kann hiergegen einwenden, daß auch einheitliche Gifte, so manche anorganische, bisweilen ganz verschiedenartige Gewebsschädigungen gleichzeitig hervorrufen können. Die Vielgestaltigkeit der Wirkung beweist nicht immer eine Vielgestaltigkeit der Ursache. Trotzdem begrüße ich die neue Hypothese des Herrn Fahr als eine äußerst willkommene Grundlage für die weitere Forschung.

Oehlecker berichtet über einen Diphtherie-Todesfall, der sich bei einem Erwachsenen nach bzw. trotz der Schutzimpfung gegen Diphtherie ereignete.

Ein Arzt bekam nach Ablauf der negativen Phase eine Diphtherie der schwersten Form und ging daran zugrunde. (Bestätigung der Diagnose durch Sektion.) Wenn es sich hier auch nur um einen einzigen Fall handelt, so hält es Oehlecker doch für seine Pflicht, daß ein derartiger Fall bekannt gegeben wird. Denn nur so kommen wir in der Erkenntnis der Wirkungsweise des neuen v. Behringschen Mittels beim Menschen weiter. Sollten sich ähnliche Beobachtungen häufen, so wird man die Diphtherieschutzimpfung, die im Tierexperiment so gut begründet scheint, in der jetzigen Form fallen lassen müssen.

Engelmann: Gottstein sagt in dieser Wochenschrift 1915 Nr. 45, daß, wenngleich klinisch der Erfolg des Serums fast allgemein anerkannt wird, an großen Zahlen sich keine Änderung der Letalität zur Morbidität ergibt. Wenn man annimmt, daß das Serum auf den lokalen Entzündungsprozeß gut wirkt, so erklärt es sich, daß alle die, welche chirurgisches Material unter sich hatten, begeistert sind, ohne daß damit für den Enderfolg etwas gesagt ist. Bei seinem poliklinischen Nasenmaterial sieht nun Engelmann fast immer, auch bei alten Fällen, eine Besserung des Entzündungsprozesses nach dem Spritzen, keine Heilung. Herr Fahr erklärt die wechselnde Wirkung dadurch, daß das Serum nicht auf die verschiedenen Toxine eingestellt sei. Zum Schlusse des Vortrages spricht er von Symbiose und deren Einfluß. Diese Gesichtspunkte berühren sich wohl. Vortr. weist darauf hin, daß Herr Trautmann in seinem letzten Vortrag in der Biologischen Abteilung (Mai 1913) in der Diskussion auch hierüber sprach, und daß Engelmann seit längerer Zeit betonte, daß er nicht glaube, daß mit dem Studium des Löfflerbazillus allein weiterzukommen sei. Wenn nun Vortr. in den letzten Jahren 3—4 Fälle von Fazialislähmung bei Rhinitis, nicht Nasendiphtherie mit Diphtheriebazillen sah und Herrn Reiche bei seinem großen Material die Fazialislähmung so selten vorkam, so spricht das doch auch für eine Verschiedenheit der Art der Erreger. In dem ersten Fall, den Vortr. sah, handelte es sich um seine Tochter; hier ist es ganz sicher, daß auch im Rachen (der auch kulturell keine Diphtheriebazillen ergab) nie Beläge waren, massenhaft aber in der Nase (Plaut). Nennenswerte lokale Ohrerscheinungen waren in den Fällen nicht vorhanden. Die Ergebnisse der Diphtheriebekämpfung erscheinen ja fast trostlos. Auf dem bisherigen Wege kommt man auch wohl nicht weiter. Reiche Mittel, die wohl angewandt wären, sind nötig, vielleicht ein eigenes Forschungsinstitut, in dem jeder Fall klinisch und bakteriologisch genau durchgearbeitet wird. Daß es nun gerade Bakterien sein müssen, die wir schon kennen, die vielleicht für eine Symbiose in Frage kommen, ist ja gar nicht gesagt. Und dann müßte erforscht werden, woher der einzelne Fall seine Infektion hat und wie er auf seine Umgebung gewirkt hat, denn heute können wir es den Fällen nicht ansehen, ob und weshalb sie ansteckend wirken oder nicht.

Nocht spricht sich für die Anwendung des Serums aus und weist erneut darauf hin, daß das Medizinalamt des Hamburgischen Staates für Unbemittelte unentgeltlich Serum zur Verfügung stellt.

Rumpel führt an, daß die Diphtheriestationen der allgemeinen Krankenhäuser wegen der Diphtheriebazillenträger so überfüllt seien. Entlasse man die Rekonvaleszenten mit positivem Befund, so sind neue Ansteckungen die Folge. Es müßten Zwischenstationen für die Diphtheriebazillenträger eingerichtet werden zur Entlastung der Krankenhäuser. Der Schluß des Herrn Fahr, daß, da das Diphtherietoxin in den einzelnen Organen histologisch ganz verschiedene Prozesse hervorrufe, es sich deshalb nicht um ein einheitliches Gift handeln könne, das man durch ein stets gleich bleibendes Antitoxin neutralisieren könnte, ist durchaus logisch und gibt die einzig mögliche Erklärung für die nicht wegzuleugnende Tatsache, daß das Heilserum auch bei frühzeitiger Anwendung am ersten Tage bei nicht wenig Fällen absolut versagt, während bei anderen Fällen eine eklatante Einwirkung zu beobachten ist. Um über die Wirksamkeit des Serums ins Klare zu kommen, hat Rumpel im Barmbecker Krankenhause abwechselnd in einer Woche sämtliche aufkommenden Diphtheriefälle gespritzt und in der nächsten Woche möglichst wenig Serum angewandt. Alle schweren und früh aufkommenden Fälle wurden auch in der serumfreien Woche gespritzt. Dadurch ist ein klares Resultat nicht erzielt, weil so die schweren Fälle sämtlich gespritzt wurden und dadurch natürlich die Mortalität der gespritzten Fälle ungünstiger war als die der nicht injizierten. 1914: 8,9% Todesfälle der Geimpften gegen 2,5% der Nichtgeimpften. 1915: 9,9% Todesfälle der Geimpften gegen 2,4% der Nicht-

geimpften. Es kommt hinzu, daß die Schwere der einzelnen Fälle von Woche zu Woche eine ganz verschiedene ist. So waren in den letzten zwei Wochen, in denen fast gar nicht injiziert wurde, die Resultate entschieden ungünstiger als in den letzten beiden Serumwochen. Die Fälle der ersteren Wochen waren aber besonders schwer und durchschnittlich einen Tag später aufgekommen. Daß die Gesamtstatistik nicht verschlechtert wird, wenn man leichte und mittelschwere Fälle nicht mit Serum behandelt, beweist ein Vergleich mit den in der vorigen Sitzung von Herrn Fraenkel mitgeteilten Zahlen über die Morbidität und Mortalität an Diphtherie in den Jahren 1914/15 im Eppendorfer Krankenhause, wo prinzipiell alle Diphtheriefälle mit Serum behandelt werden.

Jahr 1914/15	Zahl der Aufnahmen	davon nicht geimpft	% nicht geimpft	Todesfälle	%
		Barmbeck.			
1914	832	251	30,2	95	11,4
1915	674	144	21,4	83	12,3
		Eppendorf.			
1914	1195	prinzipiell	—	146	12,2
1915	863	alle geimpft	—	134	15,5

Obwohl also im Jahre 1914 30,2% der Fälle nicht mit Serum behandelt wurden und 1915 21,4% der Fälle, ist die Statistik beider Jahre günstiger wie die Eppendorfer.

Kellner betont den großen Nutzen der Serumeinspritzung, allerdings nur bei rechtzeitiger, also möglichst früher Anwendung, bei einer im Jahre 1912 in der Hamburger Anstalt für Schwachsinnige in Alsterdorf aufgetretenen Epidemie; von 104 Erkrankten starben nur 3, also 2,8%. Dabei handelte es sich mit wenigen Ausnahmen um schwachsinnige Menschen, die außerstande waren, die Behandlung durch Gurgeln, Mundspülen u. dgl. zu unterstützen. Bei 7 Erkrankten mußte die Tracheotomie gemacht werden, von denen einer starb. Bei diesen 7 war die Stenose so akut aufgetreten, daß das eingespritzte Serum noch nicht die Zeit zur Wirkung gehabt haben konnte. Sicherlich aber hat es zum günstigen Verlauf der 6 genesenen Tracheotomierten beigetragen.

Schottmüller: Herr Fahr hat auf Grund seiner Erfahrungen am Leichentisch die zahlreichen Todesfälle an Diphtherie und das Versagen der Serumbehandlung in diesen Fällen auf folgende Weise zu erklären versucht. Das Antitoxin des Heilserums entspreche nicht dem Toxin, welches die Diphtheriebazillen in dem menschlichen Körper hervorbringen, und könne deshalb nicht heilen. Das Antitoxin sei nämlich durch künstlich gewonnenes Diphtheriegift aus dem Kulturtoxin erzeugt. Das Toxin, welches den Menschen krank macht und tötet, sei andersartig dadurch, daß die Diphtheriebazillen auf dem menschlichen Gewebe und nicht auf künstlichem Nährboden wachsen. Herr Fahr ist nicht in der Lage gewesen, positive Gründe für seine Auffassung zu erbringen, schon deswegen haben seine Darlegungen nur den Wert einer Theorie. Aber auch wenn Herr Fahr die ältere Diphtherieliteratur eingesehen hätte, würde er gefunden haben, daß schon damals seine an erster Stelle aufgestellte Behauptung widerlegt worden ist. Im Jahre 1894 hat auf Grund experimenteller Untersuchungen Abel folgendes erwiesen: Das Blutserum von Menschen, welche eine Diphtherie durchgemacht haben — bei denen also die Diphtheriebazillen ihr Toxin auf dem Boden menschlichen Gewebes erzeugten und das entsprechende Antitoxin in dem menschlichen Körper dadurch gebildet worden ist —, schützt Meerschweinchen, wenn man ihnen mit dem Serum zusammen Kulturtoxin in mehr als tödlicher Dosis einspritzt. Wenn also das durch „humanisiertes" Toxin gewonnene Serum gegen Kulturtoxin schützt, so muß auch umgekehrt das durch kulturelles Toxin gewonnene Serum gegen humanisiertes Toxin schützen. Aber auch ein anderer Grund gegen diese Theorie des Herrn Fahr muß hier noch angeführt werden. Unbestritten ist die Tatsache, daß diejenigen Fälle von Diphtherie, welche am ersten Krankheitstage gespritzt werden, eine günstigere Prognose bieten als diejenigen, welche in späteren Krankheitstagen behandelt werden. Dieser Unterschied ist doch auch nur dadurch zu erklären, daß das durch Kulturtoxin gewonnene Serum, wenn es nur frühzeitig genug eingespritzt wird, gegen das humanisierte Toxin schützt. Vortr. kann also nicht zugeben, daß Herr Fahr

recht hat, wenn er das Ausbleiben der Serumwirkung in einer großen Zahl von Fällen auf eine Diskrepanz des Heilserums gegenüber dem auf der menschlichen Schleimhaut entstehenden Diphtherietoxin zurückführt. Allerdings sucht auch Vortr. den Mißerfolg in einer Individualisierung, aber nicht des Giftes und des Serums, sondern des kranken Menschen. Vortr. sucht es in dem Virulenzverhältnis der Diphtheriebazillen zum einzelnen Menschen. Sicherlich bietet das einzelne Individuum zunächst den Diphtheriebazillen in sehr verschiedenem Grade die Möglichkeit der Ansiedlung und der Ausbreitung, und sicherlich werden die Zellen der Oberfläche der Schleimhäute und der inneren Organe in sehr verschiedenem Grade von dem seiner Ansicht nach in chemischem Sinne homogenen Diphtherietoxin angegriffen. Diese Tatsache geht auch aus den Ausführungen des Herrn Fahr hervor, denn er fand bei den einzelnen Individuen sehr verschiedene Formen und sehr verschiedene Grade der Zellschädigung. Vortr. würde es sehr bedauern, wenn durch diese Debatte wieder der Eindruck hervorgerufen würde, daß das Heilserum wiederum diskreditiert werden sollte. Man wird gewiß Erfolge erzielen, und um so größere, je mehr es gelingt, Diphtheriekranke am ersten Krankheitstage zu behandeln. Man glaube aber nicht, daß die Angaben über den Beginn der Diphtherie immer den Tatsachen entsprechen. Außerordentlich oft wird eine Diphtherieinfektion schon begonnen haben, ehe die Angehörigen die Erkrankung an äußeren Erscheinungen beobachten. Namentlich die Nasendiphtherie, die oft nur als Schnupfen imponiert, wird über den eigentlichen Beginn der Infektion täuschen. Unbedingt muß aber auch, wenn über den Wert oder Unwert der Serumbehandlung geurteilt wird, berücksichtigt werden, ob das Serum subkutan, intramuskulär oder intravenös verabfolgt ist. Daß die letztgenannte Anwendungsform die wirksamste ist, ist sichergestellt. Unverständlich ist dem Vortr. der Standpunkt des Herrn Rumpel. Entweder man mißt dem Serum keinen Wert bei, dann verzichtet man auf seine Anwendung, oder man hält etwas davon, dann soll man es grundsätzlich anwenden, aber auch so, wie die Vorschrift es verlangt: so früh wie möglich und intravenös oder intramuskulär! Man soll nicht erst, wie Herr Rumpel es will, den Verlauf des Falles abwarten und die Injektion von der Schwere und dem Verlauf des Falles abhängig machen.

E. Paschen berichtet über die vom 1. Januar 1915 bis 14. November 1915 im St. Georger-Krankenhause aufgenommenen Diphtheriefälle. Entsprechend der kleinen Abteilung — der Diphtheriepavillon enthält nur 23 Betten und ist hauptsächlich für Notfälle eingerichtet — ist die Zahl der Diphtheriefälle viel kleiner als in Eppendorf und Barmbeck. Seit $1^1/_2$ Wochen ist die Diphtheriestation wesentlich vergrößert worden; durch Verlegung der Kur nach Barmbeck ist das erste Stockwerk in Haus A frei geworden; die eine Hälfte: 4 große Säle mit je 16—18 Betten und ein kleineres Zimmer mit 3 Betten stehen außer dem Diphtheriepavillon zur Verfügung. In St. Georg werden prozentualisch sehr viele Tracheotomien gemacht, entsprechend den schweren Fällen etwa 13%; die große Mortalität derselben (66%) beeinflußt natürlich die Gesamtmortalität. Die Erhebung der Anamnese stößt, wie Herr Schottmüller schon betonte, auf große Schwierigkeit; der Beginn der Krankheit ist deshalb sehr schwer festzustellen.

Diphtheriefälle vom 1. Januar bis 15. November 1915.

Gesamtzahl 320. Todesfälle 62 = 19,4%.

Von den 320 sind mit Diphtherieserum behandelt 302, nicht behandelt 18. Von den mit Diphtherieserum behandelten starben 56 = 18,5%. Von den ungespritzten starben 6 = 33,3% (5 moribund eingeliefert, 1 tracheotomiert).

Es wurden mit Diphtherieserum gespritzt:

Am	Krankheitstage	Patienten, davon starben	
Am 1.	Krankheitstage	35 Patienten, davon starben	2 = 5,7%
„ 2.	„	123 „ „ „	16 = 13 %
„ 3.	„	61 „ „ „	11 = 18 %
„ 4.	„	32 „ „ „	3 = 9,4%
„ 5.	„	16 „ „ „	5 = 31,2%
„ 6.	„	10 „ „ „	4 = 25 %
„ 7.	„	9 „ „ „	4 = 44,4%
„ 8.—?	„	16 „ „ „	10 = 62,5%

Von 320 wurden 42 tracheotomiert = 13%.

Nicht tracheotomierte Diphtheriefälle 278, davon starben 34 = 12,2%, von den 42 Tracheotomierten starben 28 = 66,6% (41 davon gespritzt, 1 ungespritzt).

Von den nicht tracheotomierten Diphtheriefällen wurden gespritzt:

Am 1.	Krankheitstage	33	Patienten,	davon	starben	2 =	6 %
„ 2.	„	114	„	„	„	9 =	7 %
„ 3.	„	57	„	„	„	8 =	14 %
„ 4.	„	24	„	„	„	0 =	0 %
„ 5.	„	12	„	„	„	2 =	16,6%
„ 6.	„	5	„	„	„	1 =	20 %
„ 7.	„	7	„	„	„	3 =	42,8%
„ 8.—?	„	5	„	„	„	1 =	20 %

Es erkrankten an Diphtherie:

Im 1.— 5.	Lebensj.	196,	davon	starben	50 = 25,5%,	dar. 21	Tracheotomien
„ 6.—10.	„	97,	„	„	11 = 11,3%,	„ 6	„
„ 11.—15.	„	23,	„	„	1 = 4,3%,	„ 1	„
„ 16.—?	„	24,	„	„	1 = 4,1%,	„ 0	„

Auch in dieser Statistik zeigt sich, daß die am ersten Tage gespritzten Fälle die besten Heilerfolge haben; mit jedem späteren Tage werden die Erfolge schlechter. Zufällig ist allerdings von den am vierten Krankheitstage gespritzten keiner gestorben. Das sind aber Zufälligkeiten, wie sie bei so kleinen Zahlen — gegenüber dem Riesenmaterial des Herrn Reiche (8000 Fälle) leicht entstehen können.

E. Jacobsthal: Die leichte bläuliche Verfärbung am Gaumenbogen, die man bei Beginn der Diphtherie sieht, führt auch bei sofortiger Serumeinspritzung zur Nekrose. Denn die durch die Verbindung des Zelleneiweiß mit dem Diphtheriegift getöteten oder dem Tode verfallenen Zellen können auch durch die größten Serumgaben nicht mehr gerettet werden. Analog mag auch in vielen Fällen das Schicksal des diphtheriebefallenen Organismus schon sehr früh entschieden sein. Hat sich erst das Diphtheriegift an die Zellen der Leber, des Herzens, der Nebenniere und der Hypophyse gebunden, so ist die Serumbehandlung vergebens; oder besser gesagt, sie kann dann nur noch den Zweck haben, neugebildetes Diphtheriegift abzufangen, bevor es neues Unheil anrichtet. Woran es liegt, daß in einzelnen Fällen die Verbindung des Diphtheriegiftes mit den Organen sich so schnell bildet, ist nicht zu sagen. Herr Fahr hat die Frage der Disposition des befallenen Individuums verhältnismäßig vernachlässigt und dafür die hypothetische Verschiedenheit der einzelnen Diphtheriegifte in den Vordergrund gerückt. Nach der Ansicht des Vortr. nicht ganz mit Recht, denn die bisherigen Untersuchungen lassen die Gifte und Gegengifte doch recht einheitlich erscheinen. Trotzdem mag es sich empfehlen, für die Immunisierung der Pferde auch Diphtheriestämme heranzuziehen, die der zu bekämpfenden Epidemie entstammen. Es dürfte sich vielleicht empfehlen, bei Diphtherie zunächst eine größere Serumdosis und dann im Laufe der nächsten Tage kleinere Dosen zu verabfolgen. Denn wir wissen aus Versuchen im Reagenzglase, daß es nicht gleichgültig ist, ob man Toxin und Antitoxin auf einmal zusammenbringt oder das Toxin sehr langsam in kleineren Partien zum Antitoxin fügt. In diesem Falle wird das Antitoxin viel schneller aufgebraucht (Danyszeffekt). Entsprechendes kommt wahrscheinlich auch im Organismus vor, wo immer neue, von den Diphtheriebazillen abgesonderte Toxinmengen das Antitoxin absorbieren. Eine lokale Immunität der Gewebe neben der Säfteimmunität ist für gewisse Pflanzengifte schon von Ehrlich nachgewiesen und z. B. auch bei Tuberkulose sehr wahrscheinlich. Für Diphtherie war ihr Bestehen schon deswegen klinisch nicht zu erwarten, weil es bei Diphtherie lokale Rezidive gibt. Das Problem wurde durch lokale intrakutane Injektion eben toxisch wirkender Diphtheriegiftmengen zu lösen versucht. Es wurde hierzu eine Woche nach der ersten Injektion nach vollendeter Abheilung dieselbe Giftmenge genau an derselben Stelle wieder eingespritzt. Es zeigte sich bei Versuchen am Meerschweinchen das Fehlen einer lokalen Immunität. Mit freundlicher Erlaubnis von Prof. Paschen konnte auch beim Menschen dieser Befund durch mehrfache Schichysche Injektion bestätigt werden. Endlich hat Vortr. einige Versuche am Meerschweinchen über innere Darreichung von Diphtherieheilserum gemacht. Es wurde gefunden, daß zwar auch aus dem Magen Diphtherieantitoxin resorbiert wird; für praktische Heilzwecke kommt aber diese Methode der Anwendung des Serums nicht in Betracht.

Reiche stimmt mit Herrn Schottmüller überein, daß aus der grundsätzlichen Verschiedenheit der von Herrn Fahr bei Diphtherieleichen nach-

gewiesenen Alterationen nicht ohne weiteres auf verschiedene bei dieser Krankheit vorkommende toxische Einwirkungen geschlossen werden müsse, da individuelle Verhältnisse hier stark mitspielen werden. Welche Bedeutung gerade ihnen zugemessen werden muß, zeigt sich z. B. bei den ganz verschiedenen Reaktionen verschiedener Individuen auf das gleiche von demselben Pferde stammende Antitoxin: bald Hauteruptionen wechselnden Charakters, bald Fiebererhebungen, Gelenkschwellungen, Nierenstörungen und Herzerscheinungen, welche Symptome unter sich wieder größte Intensitätsschwankungen bieten. Zur Serumfrage nur wenige Worte, nachdem Vortr. ausführlich darüber sich geäußert (D. Zschr. f. klin. M. 81. H. 3 u. 4). Tatsache ist, daß seit 1909 wieder eine schwere Epidemie in Hamburg herrscht. Große Infektiosität, Häufung schwerster Verlaufsbilder und reichliches Auftreten seltener Komplikationen kennzeichnen sie und erinnern an die Epidemie zu Anfang der 90er Jahre. So sah Vortr. 28mal ein Befallensein der Magenschleimhaut unter rund 1000 Sektionen, 11mal Ergriffensein der Speiseröhre, je 2mal des Duodenums und Dünndarms und 4mal des Rektums (Mitt. aus der Hambg. Staatskrankenanst. 15 H. 2). In diesen letzten Jahren war die Gesamtmortalität wieder gegen 1895—1908 erhöht, besonders aber stellte es sich heraus, daß in der ein Viertel aller Erkrankungen ausmachenden Gruppe der oberhalb des 15. Lebensjahres Stehenden die Sterblichkeit in der ganzen Stadt eine meist höhere war als in den letzten Jahren der vorbehringschen Zeit, in den Krankenhäusern nur ein wenig niedriger als 1890—1894; und dabei sind in ihnen durch die bakteriologische Diagnose der Diphtherie jetzt sehr viel mehr leichte Formen als ehedem. Also: unter den Erwachsenen, bei denen der für die Einleitung der Serumtherapie so wichtige Erkrankungstermin am besten bekannt war und bei denen die Antitoxinmengen am meisten gesteigert wurden, hielt der zwischen 1895 und 1908 beobachtete Tiefstand der Letalität trotz der spezifischen Therapie nicht an.

Weygandt: Die Auffassung, als seien Schwachsinnige und geistig Abnorme besonders widerstandsfähig gegen Infektionen, möchte Vortr. nicht unwidersprochen lassen. Im wesentlichen zeigen sie vielmehr eine erhöhte Morbidität und Mortalität, die bei einigen Formen ganz besonders deutlich ist, so bei den Mongoloiden. Bei der Alsterdorfer Epidemie könnte es sich darum handeln, daß die Toxizität des ihr zugrunde liegenden Virus eine relativ geringe war. Zuzugeben ist auch, daß die regelmäßige Lebensweise und Fernhaltung mancher Schädlichkeiten, wie des Alkohols, bei den Anstaltsinsassen die Widerstandsfähigkeit etwas erhöht; auch die auskömmliche Verpflegung, wie sie in Alsterdorf gegeben wird. Theoretisch könnte man noch an andere Umstände hinsichtlich einer größeren Widerstandsfähigkeit denken, etwa an besondere Eigenschaften des dysglandulär veränderten Stoffwechsels. Aber es handelt sich doch nur um Ausnahmefälle, die allerdings gelegentlich sich erstaunlich widerstandsfähig zeigen; so untersuchte Vortr. einen 85jährigen Kretinen, der nie körperlich akut krank war; auch die hyperthyreoide sogenannte Zitronenjette in Friedrichsberg hat mit $74^1/_2$ Jahren eine schwere Pneumonie glatt überstanden. In der Regel aber ist die Morbidität und Mortalität der geistig Abnormen entschieden größer als die der geistig Gesunden.

Halberstadt legt besonderen Wert auf die individuellen Verhältnisse; so sieht man bei Säuglingen sehr selten Rachendiphtherie, dagegen sehr oft Nasendiphtherie. Sehr wichtig ist es, zur Erklärung der höheren Mortalität das soziale Moment zu berücksichtigen; man sieht in Zeiten der Teuerung und der dadurch bedingten Unterernährung, die auch jetzt vorhanden ist, die Diphtheriefälle häufiger und schwerer, besonders bei Kindern. Wenn auch jetzt bei den Erwachsenen mehr Diphtheriefälle vorkommen als früher, so darf nicht vergessen werden, daß ein großer Teil der gesunden, widerstandsfähigeren Bevölkerung zum Heeresdienste eingezogen ist, so daß die übrigbleibenden Patienten nicht mit dem Material der früheren Zeiten ohne weiteres verglichen werden dürfen. Dagegen gibt es auch eine Individualität der Diphtheriebazillen, die z. B. nur auf das Herz in schwerer Weise einwirken; so sah Vortr. in einer Familie im Anschluß an einen — wahrscheinlich diphtherischen — Mandelabszeß, der unter Herzerscheinungen am 6. Tage starb, noch fünf weitere Mitglieder an Diphtherie erkranken, die sämtlich Komplikationen von seiten des Herzens hatten.

Fraenkel: Herr Kollege Halberstadt ist der Ansicht, daß die höhere Morbidität an Diphtherie mit der durch die Kriegsverhältnisse bedingten un-

günstigen Ernährung der Kinder zusammenhängt. Nach seinen Beobachtungen in Eppendorf trifft das nicht zu. Die in diesem Krankenhaus während des Krieges aufgenommenen diphtheriekranken Kinder sind ganz und gar nicht schlechter genährt als die in Friedenszeiten mit der gleichen Erkrankung zur Aufnahme gelangenden. Es müssen also andere Momente als das von Herrn Halberstadt herangezogene für den jetzigen Anstieg der Diphtherie-Morbiditätskurve verantwortlich gemacht werden. Vortr. legt Wert darauf, das gegenüber Herrn Halberstadt festzustellen.

Fahr (Schlußwort): Den Ausdruck „Myolysis", den Herr Fraenkel abgelehnt hat, möchte Vortr. so lange beibehalten, bis etwa eine bessere Bezeichnung gefunden ist, denn eine Nekrose, die sich dem anämischen Infarkt des Herzens vergleichen ließe, wie Herr Fraenkel meint, liegt hier bestimmt nicht vor; es handelt sich um eine an sich charakteristische Degenerationsform, die mit der Koagulationsnekrose nichts zu tun hat, die sich auch von den bekannten Degenerationsformen, wie wachsartige, hyaline Degeneration usw., unterscheidet und für die sich deshalb eine besondere Benennung empfiehlt. Der von einigen Diskussionsrednern erhobene Vorwurf, Vortr. hätte bei der Wirkung des Diphtherietoxins das Moment der individuellen Disposition vernachlässigt, ist ganz ungerechtfertigt. Er habe den Ausdruck „individuelle Disposition" allerdings nicht gebraucht, er hat ihn sogar absichtlich vermieden. Vortr. hat aber das individuelle Moment nichtsdestoweniger berücksichtigt — wie er glaubt — in konkreterer Form als die Diskussionsredner, die sich mit diesem Punkt beschäftigten. Vortr. hat aus den prinzipiell verschiedenartigen Veränderungen, die er bei der unkomplizierten Diphtherie an den Organen fand, den Schluß gezogen, daß die Giftstoffe, auf deren Wirkung diese Veränderungen zurückgeführt werden müssen, nicht einheitlicher Natur seien. Er hat dann verschiedene Gründe namhaft gemacht — die Aufzählung macht natürlich auf Vollständigkeit keinen Anspruch —, von denen man sich vorstellen kann, daß sie imstande sind, das Diphtheriegift zu variieren. Vortr. führte die Verschiedenartigkeit der Bakterienstämme, die Symbiose der Diphtheriebazillen mit anderen Bakterien und deren mögliche Folgen an, sagte außerdem aber ausdrücklich, daß damit das Problem nicht erschöpft wäre; er wies darauf hin, daß es sicher etwas anderes sei, ob der Diphtheriebazillus in Bouillon oder auf der Rachenschleimhaut wachse, die, was Blutfülle, Intensität des Zellzerfalls usw. anlangt, individuellen Schwankungen unterworfen sei, ferner wies er auf die Möglichkeit hin, daß das Gift auf dem Wege von seiner Bildungsstätte — im Rachen z. B. — bis zu seinem Angriffspunkt an den verschiedenen Organen in den Wechselbeziehungen zu den — individuell schwankenden — Körpersäften chemische Umsetzungen erleiden könnte. Das am Organ angreifende Agens ist eben ein Wechselprodukt, bei dessen Entstehung zwei Faktorengruppen beteiligt sind, deren eine bei dem angreifenden Mikroorganismus, deren andere bei dem abwehrenden Organismus zu suchen ist. Diese Vielheit der Faktoren ist es, die das Problem so kompliziert und es so schwierig macht, Reagenzglas- und Tierversuche auf die menschlichen Verhältnisse zu übertragen. Die Natur individualisiert in jedem Einzelfall, mit der passiven Immunisierungsmethode können wir aber nicht individualisieren, und deshalb wird diese Methode in ihrer Leistungsfähigkeit beschränkt sein. Eine gewisse Akkommodationsbreite kann ja wohl bei den experimentell gewonnenen Antitoxinen erwartet werden, aber wir wissen nicht, wie weit diese Akkommodationsbreite geht, und können uns deshalb über das Versagen derartiger Mittel nicht wundern. Hoffen wir, daß weitere Forschung größere Klarheit über das Wesen der bei der Diphtherie gebildeten Giftstoffe und über die Möglichkeit ihrer Bekämpfung schafft.

III. Therapeutische Notizen.[1])

*** Behandlung eiternder Wunden mit Zucker.** Von Dr. Fackenheim. (Aus dem Reservelazarett Kassel.) Der Erfolg war in allen Fällen ganz überraschend gut. Die Wunden reinigten sich innerhalb 4—6 Tagen vollständig (also nach 2, höchstens 3 Verbänden), es bildeten sich gesunde, kräftige Granulationen und

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



es trat in sehr kurzer Zeit auch bei sehr großen Weichteildefekten vollständige Heilung ein. Der Zucker wurde nicht nur bei oberflächlichen Wunden in Form von Streupulver angewandt, sondern auch tiefverlaufende, eitrige Kanäle wurden mit zuckerhaltigen Gazetampons locker ausgestopft; es wurden auch Spülungen und Umschläge mit sterilisierter Zuckerlösung vorgenommen, und in keiner Form ließ die Zuckerbehandlung im Stich. Es wurden nicht nur Weichteilwunden, sondern auch komplizierte infizierte Knochenbrüche mit gleich gutem Erfolge dieser Zuckerbehandlung unterzogen. Die Wirkung der Zuckerbehandlung äußert sich: 1. in einer sehr schnell eintretenden Reinigung der Wunde, 2. in einer kräftig einsetzenden Bildung von gesunden, elastischen Granulationen, 3. in einer starken Anregung der Epithelisierung.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 29.)

* **Eine einfache, wirksame Behandlungsmethode bei infizierten Wunden.** Von Dr. W. Münch in Frankfurt a. M. Verf. benutzt eines der stärksten und zugleich unschädlichsten Desinfektionsmittel: den Chlorkalk. Erstaunlich ist, wie bald selbst stark beschmutzte Wunden im Chlorkalkbad ein frisches Aussehen bekommen. Man nimmt auf eine Schüssel warmen Wassers 2 Eßlöffel gut trockenen Chlorkalk. Da sich dieser Stoff im Wasser leicht zusammenballt, ist es zweckmäßig, das Pulver in ein Säckchen zu füllen und mit den Händen zu zerdrücken. Die Desinfektionsflüssigkeit muß natürlich gut in die Wundhöhle eindringen, andernfalls erweitert man die Wunde durch Einschnitte. Verf. läßt die Wunden 2mal am Tage 20—30 Minuten baden und dann mit trockener, steriler Gaze ausstopfen. Panaritien und Phlegmonen kann man breit öffnen und dann baden lassen. Gerade stark beschmutzte und zerfetzte Wunden, wie Verf. sie besonders nach Granatsplitterverletzung im Felde sehen konnte, dürften für Chlorkalkbäderbehandlung geeignet sein. Mit der Bäderbehandlung kombiniert Verf. das Einnehmen von Schachtelhalmtee. H. Schulze-Greifswald war der erste, der auf die Bedeutung der Kieselsäure für das Bindegewebe hingewiesen hat. Störungen in der Kieselsäurebilanz scheinen nicht unwichtig zu sein für die Widerstandskraft des Stützgewebes und der Oberhaut. Jedenfalls glaubt Verf. die Beobachtung gemacht zu haben, daß Patienten mit schwerheilenden Wunden, die weder Zucker noch eine sonstige abnorme Beschaffenheit der Blutflüssigkeit aufwiesen, bei längerem täglichen Gebrauch von Schachtelhalmtee eine verstärkte Heilungstendenz zeigten. Der Tee wird wie gewöhnlicher Tee gekocht und mehrmals täglich getrunken.

(M. m. W. 1915. Nr. 26, Feldärztl. Beil.)

* **Über Dymal.** Von Dr. Alfr. Engelmann. (Aus dem Vereinslazarett des Zentraldiakonissenhauses Bethanien-Berlin.) Dymal ist ein weißes Pulver, das sehr fest haftet, sich also mit dem Gewebe innig verbindet und sparsam im Gebrauche ist. Verf. hat es im Laufe von etwa 6 Monaten an etwa 600 Verwundeten verwendet und ist mit dem Erfolge recht zufrieden. Es besitzt stark austrocknende Eigenschaften, verringert die Wundsekretion und übt bei belegten Wunden einen mäßigen Reiz zur Granulation aus, so daß dieselbe nicht zu übermäßiger Wucherung gelangt; die Epithelisierung geht außerordentlich rasch vonstatten, die gebildeten Narben sind weich und werden sehr rasch reizlos. Auch gegen nässende Hautekzeme hat Verf. Dymal mit gutem Erfolg gebraucht, so daß es bei Intertrigo und vor allem bei Verbrennungen mit Blasenbildung zu empfehlen ist. Vorzüge sind noch die Geruchlosigkeit des Dymals und seine weiße Farbe, wodurch die Kontrolle über die Wunde nicht so erschwert ist wie bei den farbigen Wundstreupulvern. (M. m. W. 1915 Nr. 30.)

* **Weitere Erfolge bei der Behandlung mit Vernisanum purum.** Von Dr. M. E. Schwabe, Regierungs- und Medizinalrat. (Aus dem Reservelazarett Aachen-Karlsburg.) Das ihm von dem Chemischen Laboratorium Dr. W. Niessen gütigst als Probe zur Verfügung gestellte Jod-Phenol-Kampfer-Präparat „Vernisanum purum" fand bei verwundeten Soldaten umfangreiche Anwendung. Verwendet wurde Vernisan bei Erysipel, eiternden Fleischwunden und Gelenkverletzungen, sowie bei längere Zeit bestehendem Knochenzerfall mit Sequesterbildung und tiefgehenden Fisteln. Teils wurde das Vernisanum in die Wundkanäle eingespritzt, teils in Form von Tampons in die Wundhöhlen gebracht. Verf. konnte hierbei schnelle Resorption und nach kurzem Brennen wohltuende anästhetische Wirkung beobachten. Die bakterizide und heilende Kraft war sehr bald unverkennbar. (D. m. W. 1915 Nr. 29.)



* **Orypan, ein neues Vitaminpräparat.** Von Dozent Dr. Max Steiger, Frauenarzt in Bern. Orypan (Gesellschaft Ciba, Basel) in Pulverform oder als 20%iger Sirup ist indiziert bei Anämien, Unterernährung, Neurasthenie. Es regt den Appetit an, steigert das Körpergewicht, bessert Schlaf und Allgemeinbefinden und ist gänzlich unschädlich. (Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 31.)

* **Über die Behandlung der Psoriasis mit ultraviolettem Licht.** Von Prof. Dr. Linser. (Aus der Universitäts-Hautklinik zu Tübingen.) Seit 2 Jahren macht Verf. ausgedehnte Versuche mit der Höhensonne. Er hat mehr als 100 Fälle von Psoriasis damit behandelt, in allen Stadien und Intensitäten. Nach seiner Erfahrung gehört die Behandlung mit der Höhensonne zu den erfolgreichsten Mitteln, die uns im Kampfe gegen die Psoriasis zur Verfügung stehen. Unangenehme, die Behandlung vereitelnde oder verzögernde Nebenwirkungen hat Verf. nicht dabei gesehen. Die Patienten selbst ziehen die Höhensonnenbehandlung den anderen Methoden weit vor. Neben der Lichttherapie hat Verf. nur Vaselineanwendung und Warmbäder benutzt. Die Stärke der Einwirkung der Lichtstrahlen hat sich vor allem danach zu richten, wie die Haut des betreffenden Patienten auf dieselbe reagiert, d. h. in praxi nach dem Pigmentgehalte der Haut, nach der Ausdehnung der Psoriasis und nach dem Zustande der einzelnen Platten. Bei blonden Individuen mit einer ausgedehnten frischen Psoriasis werden wir natürlich wesentlich milder vorgehen als bei brünetten, bei einzelnen alten, stark infiltrierten Platten. Man gehe stets darauf aus, eine deutliche entzündliche Reaktion an den erkrankten Stellen herbeizuführen; die Mitreaktion der Umgebung geniert nicht. Am besten ist es, wenn die psoriasischen Stellen in leichte, seröse Exsudation geraten. Dies läßt sich bei blonden Individuen meist ohne Schwierigkeit erreichen. Stärkere Grade von Lichtreaktionen mit ausgedehnter Blasenbildung erschweren die Behandlung nur infolge größerer Schmerzhaftigkeit und längerer Dauer der Abheilung. Übervorsichtige Behandlung unter Vermeidung einer deutlichen Lichtreaktion gibt lange nicht die guten Resultate. Oft läßt dann die Abheilung viel länger auf sich warten, und es kommt selbst zu Rezidiven während der Behandlung. Bei starker Pigmentierung infolge langer Lichteinwirkung verschwindet mit der Hautreaktion stets auch der heilsame Einfluß der Lichttherapie. (M. Kl. 1915 Nr. 27.)

* **Ein kleiner Beitrag zur Behandlung infizierter Wunden.** Von Dr. O. Hahn. Der Verband wird in der Weise angelegt, daß man einen sterilen Mullstreifen mit 1 Teil Alkohol (75%ig) und 2 Teilen Wasserstoffsuperoxyd anfeuchtet, mit diesem die Wunde locker austamponiert, eine zweite Schicht feuchter Gaze darüber breitet, dann trockene Gaze und unter Umständen, um die allzu rasche Verdunstung zu verhüten, ein durchlöchertes Stück wasserdichten Stoffes darüber legt und verbindet. Von den Vorteilen des Verfahrens möchte Verf. erwähnen:

1. Rasches Zurückgehen bzw. Aufhören der Eiterung.
2. Der Verbandwechsel ist für den Patienten infolge des feuchten Verbandes wenig oder gar nicht schmerzhaft.
3. Da der Verband sich selbst in den untersten Schichten leicht ablöst, kommt es beim Wechseln des letzteren nicht zu der so gefährlichen Eröffnung neuer Lymphspalten und Gefäße, die beim sich festsaugenden trockenen Tampon nur durch zeitraubendes, im Kriege oft nicht durchführbares Aufweichen verhütet werden kann.
4. Sorgt man dafür, daß die durchfeuchtete Gaze regelmäßig wieder mit jenem Wasserstoffsuperoxyd-Alkoholgemisch durchtränkt wird (Spritzen oder Eingießen), so erlaubt diese stets sich erneuernde antiseptische Durchtränkung der in der Wunde liegenden Gaze ein längeres Liegenlassen der letzteren — höchst erwünscht beim Massenandrang des Krieges.
5. Die Wunde sieht immer frischgranulierend und gut aus, während z. B. bei dem so empfohlenen Perubalsamverfahren die Granulationsfläche immer durch den Balsam schmierig belegt ist.
6. Das Verfahren ist vollständig geruchlos.
7. Der Preis ist gering. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 29.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. **August 1916.** Nr. 8.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

I. **Adolf Baginsky** (Berlin), Zum 25. Jahrestage des Bestandes des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin. Mit 16 Abbildungen und 5 Kurven.

Einleitende Bemerkungen zur Geschichte des Krankenhauses. Klinische Beobachtungen:

1. Jodkalium in der Behandlung der akuten entzündlichen Krankheitsformen des Respirations- und Zirkulationsapparates. (Arch. f. Kinderhlk. 65. H. 1 u. 2.) Der Krankheitskomplex, bei dem das Mittel ganz besonders günstig wirkt, ist kein einheitlicher, auch ätiologisch nicht. Es handelt sich um eine mit größter Schmerzhaftigkeit gepaarte Ateminsuffizienz mit gleichzeitiger Insuffizienz des Herzens, „einen Zustand, welcher augenscheinlich auf das höchste bedrohlich, jeden Augenblick imstande erscheint, tödlich zu enden". — Die Kinder sind bleich, ohne Schlaf, verängstigt, keuchend, meist orthopnoisch, hochgradig kurzatmig, oft von Husten gequält, unfähig, Nahrung, und unwillig, auch nur Getränke oder Erfrischungsmittel zu nehmen. „Das Jod scheint direkt auf die Gefäße zu wirken und das Gewebe der serösen Häute und so die Diffusionsvorgänge und sekretorischen Vorgänge dieser Gewebe zu beeinflussen.

2. Strophanthin bei Kompensationsstörungen des Herzens. (Ebenda.) Das Böhringersche Präparat hat sich bei Versagen von anderen Diureticis in Verbindung mit Digitalispräparaten recht wirksam erwiesen.

3. Vergiftung mit Bacillus enteritidis (Gärtner) bei drei Kindern. (Ebenda.) Die drei Geschwister hatten abends Kohlrabi (Büchsenkonserve) genossen und waren wenige Stunden darauf plötzlich an hohem Fieber, schwerer Störung des Allgemeinbefindens, Erbrechen, schwersten Nervenerscheinungen, Krämpfen und Sopor, unter gleichzeitiger Mitbeteiligung des Herzens, beschleunigter Herzaktion mit bedrohlichen Schwächezuständen, Diarrhöen mit massenhafter Entleerung von schleimig-blutigen Stühlen erkrankt. — Heilung.

4. Zur Kenntnis der Epidermolysis (Keratolysis) bullosa. Fünf Fälle als Beitrag zur Kasuistik der Krankheit. (Ebenda.) Die Kinder standen im Alter von $1^1/_2$—12 Jahren. Die Erkrankung trat akut und subakut auf mit großen Blasen an Extremitäten und Rumpf, die schwappend mit Flüssigkeit (Staphylokokken!) gefüllt

waren. Dauer der Erkrankung jahrelang, durch Behandlung unbeeinflußbar. Ursache unbekannt, wahrscheinlich exogen, sicher nicht Diät.

II. **Ernst Steinert** und **Emil Flusser** (Prag), Hereditäre Lues und Wassermannsche Reaktion. Untersuchungen an Müttern und Kindern. (Ebenda.) Die interessanten Resultate, zu denen die Verff. auf Grund ihrer umfangreichen Versuche kommen, sind zusammengefaßt folgende: Unter den Kindern der unter Epsteins Leitung stehenden Abteilung der Prager Findelanstalt lassen 5,7% Lues entweder klinisch oder serologisch erkennen oder stammen von Müttern ab, die klinisch oder serologisch sich als luetisch erwiesen. Alle luetischen Kinder haben luetische Mütter. Die Umkehrung dieses Satzes in dem Sinne, daß alle Kinder luetischer Mütter luetisch seien (Rabinowitsch) ist durch klinische und serologische Untersuchungen der Kinder nicht zu begründen. In jedem Stadium der Lues können Frauen klinisch und serologisch gesunde Kinder gebären. Das früheste Stadium der Lues, in welchem die Krankheit von der schwangeren Mutter auf das Kind vererbt werden kann, ist die Zeit 7 Wochen nach der Infektion. Von den Kindern florid luetischer Mütter des zweiten Stadiums blieben 45% klinisch und serologisch frei von luetischen Erscheinungen. Die meisten dieser Kinder wurden, auch wenn sie klinisch und serologisch frei waren, prophylaktisch behandelt. Von fünf Kindern, deren Mütter an tertiärer Lues litten, erkrankte eines an Lues. Hereditär luetische Mütter können luetische Kinder gebären. Latent luetische Mütter gebären seltener luetische Kinder als florid luetische. Luetische Frauen können auch zu einer Zeit luetische Kinder gebären, wo ihre Lues weder klinisch noch serologisch nachweisbar ist. Die „Collesschen Mütter“ sind Lueticae, auch wenn zu ihrer klinischen Symptomfreiheit sich mitunter die negative Wa.-R. zugesellt.

Bei hereditär luetischen Kindern geht in vielen Fällen Wa.-R. dem Ausbruch klinischer Symptome voraus. Wa.-R. trotzt in vielen Fällen hereditärer Lues lange der spezifischen Behandlung. Gleichwohl darf diese nicht früher als erfolgreich angesehen werden, bevor Wa.-R. nicht dauernd negativ ist.

Im Säuglingsalter gibt es eine Lues, die ohne klinische Symptome verläuft und nur durch die Wa.-R. erkannt werden kann. In solchen Fällen kann die Wa.-R. nicht durch den bloßen Übergang der Reagine von der Mutter auf das Kind erklärt werden, da auch Kinder negativ reagierender Mütter Wa.-R. + bei klinischer Symptomlosigkeit zeigen können. Bei hereditär luetischen Kindern findet sich mitunter bei floriden Erscheinungen negative Wa.-R. Zu 80% stammen solche Kinder von Müttern ab, die gleichfalls trotz sicherer Lues negative oder unbeständige Reaktion zeigen. In den ersten Wochen nach der Entbindung kommen Schwankungen der Wa.-R. bei den Müttern vor. Es kann die bei der Geburt positive Reaktion im Wochenbett negativ werden (negative Schwankung); oder es kann das Umgekehrte eintreten, indem eine früher negative Wa.-R. im Wochenbett positiv

wird (positive Schwankung). Wa.-R. — im Wochenbett kommt auch bei Frauen vor, die keine Anhaltspunkte für Lues bieten.

Das Vorkommen einer Wa.-R. — bei nichtluetischen Kindern ist eine äußerst seltene Ausnahme. In solchen Fällen geht die Reaktion rasch ohne Behandlung zurück. In seltenen Fällen findet man auch bei Säuglingen mit akuten Infektionen Wa.-R. +. Sera, welche bei Anstellung der Wa.-R. Selbsthemmung geben, rühren in einem auffallend hohen Prozentsatz (20%) von Individuen her, die sichere Beziehungen zu Lues haben.

III. **Richard Landsberger** (Berlin), Der hohe Gaumen, seine schädlichen Einflüsse auf den kindlichen Organismus und seine Heilung. (Aus dem physiologischen und anatomischen Institut der Universität Berlin.) (Ebenda.) Mit dem engen Gaumen ist die enge Nase vergesellschaftet, daher die Mundatmung. Durch den herabgezogenen weichen Gaumen wird die Sprache erschwert; es kommt zu Stauungen von Blut und Lymphe, sowie zur Bildung eines luftverdünnten Raumes im Nasenrachenraum, häufig zu Störungen im Mittelohr. Beim hohen engen Gaumen ist nicht nur die Nase, sondern das Gesamtskelett des inneren Schädels überhaupt verengt. Die Adenoiden sind nicht Ursache, sondern Folge dieses Zustandes. Ursache ist vielmehr eine ererbte fehlerhafte Anlage der Zahnkeime: die embryonalen Zahnkeime sind nicht in schräger, nach außen strebender Richtung und über dem Nasenboden gelagert, sondern in gerader Richtung nach unten und unter dem Nasenboden. Dadurch kann beim Wachstum der Zähne der Nasenboden nicht nach unten mitrücken und das Nasenlumen sich nicht vergrößern. Die Zähne haben nicht nur Selbstzweck als Kauorgane, sondern wirken zur Zeit ihrer Entwicklung als trophischer Reiz über sämtliche Nähte des Schädels. Bei der Therapie wird durch Druck auf die Innenwand des Kiefers das Breitenwachstum des Gesamtschädels angeregt. Die Behandlung soll möglichst früh einsetzen und verspricht Erfolg, solange die Sutura palatina noch nicht verknöchert ist. Hecker.

R. Kraus, Eine neue Behandlungsmethode des Keuchhustens. (Aus dem Bakteriologischen Institut des Departemento Nacional de Higiene in Buenos-Aires.) (D. m. W. 1916 Nr. 10.) Verf. sucht im Sputum das Mittel zur Behandlung. Er nahm an, daß im Sputum der hypothetische Erreger sein müsse und daß außerdem Eiweißkörper des Sputums die Krankheit beeinflussen könnten.

Zu diesem Zweck wurde Sputum der Keuchhustenkinder, womöglich steril, gesammelt, und nachdem man sich davon überzeugt hatte, daß keine Tuberkelbazillen (mikroskopisch, Antiforminverfahren, Tierversuch) vorhanden seien, wurde das Sputum in gleicher Weise, wie wir es mit den Bakterien machen, verarbeitet. Das Sputum wird gewaschen, nachher mit Äther versetzt und in Flaschen 3—4 Tage lang auf der Schüttelmaschine geschüttelt. Nachher wird der Äther verdampft und das hämogenisierte Sputum, nachdem es

auf seine Sterilität in Nährböden und in Tierkörpern geprüft wurde, in Fläschchen zu 1 ccm verfüllt.

Dieses Präparat wird Kindern subkutan in Abständen von 2—3 Tagen in Mengen von 1—3 ccm injiziert. Diese Methode wurde in drei Spitälern studiert.

Verf. möchte resümierend das Urteil der Kliniker dahin zusammenfassen, daß das Mittel in erster Linie absolut unschädlich ist, weder lokal noch allgemein Reaktionen auslöst. In einzelnen Fällen bloß konstatiert man lokale Schmerzhaftigkeit und eine vorübergehende Temperatursteigerung. In vielen Fällen, welche in verschiedenen Stadien der Krankheit in Behandlung kamen, ist insofern bereits nach der ersten und zweiten Injektion eine Änderung des Krankheitsbildes zu konstatieren, als die Zahl der Anfälle abnimmt, die Dauer kürzer ist und der Charakter derselben sich ändert. Das Erbrechen, welches vorher bestanden hat, hört auf, und auch der Auswurf wird gering, schleimig und verschwindet bald gänzlich. Durch die weitere Behandlung werden die Anfälle derart geändert, daß der Husten nur mehr einen katarrhalischen Charakter hat. In sehr vielen Fällen hört nach 10—14 Tagen auch der katarrhalische Husten auf, so daß die Krankheit wesentlich abgekürzt wird.

Grätzer.

Johanna Schwenke, Über Meningitis cerebrospinalis epidemica mit hämorrhagischen Hautausschlägen. (Aus der Kinderklinik der Universität in Breslau.) (Ebenda. 1916 Nr. 11.) Verf. schildert drei Fälle bei Kindern von 3—4 Jahren, die im Beginn der Erkrankung ein hämorrhagisches Hautexanthem zeigten, von kleinen Petechien bis linsengroßen und größeren Blutungen mit deutlich erhabenem Zentrum, die in mehreren Schüben auftraten und unter Abblassen verschwanden.

Dieses Exanthem war zweifellos der Ausdruck einer septischen Allgemeininfektion, was aus dem Nachweis der Bakterien im Blut und dem Auftreten von Metastasen in verschiedenen Organen zu ersehen war.

Alle drei recht schweren Fälle wurden mit Antimeningokokkenserum behandelt. Fall 1 verlief so stürmisch, daß die Serumwirkung nicht mehr zur Geltung kommen konnte. In Fall 2 mußte die überraschende Heilung der früh eingeleiteten und energisch durchgeführten Serumbehandlung zugeschoben werden, die im Fall 3 ebenfalls günstig einwirkte, hier allerdings nur vorübergehend. Grätzer.

Th. Cohnen, Seltene Komplikation einer diphtherischen Tracheal- und Larynxstenose. (Aus dem Kaiser-Wilhelm-Kreiskrankenhause Kraupischken.) (Ebenda.) Ein 2jähriges Mädchen mußte tracheotomiert werden. Beim Eröffnen des Tracheallumens vermißte Verf. das zischende Einströmen der Luft, und der Versuch, eine Kanüle einzulegen, mißlang infolge eines weichen Hindernisses. Gerade als dieses mit der Kornzange entfernt werden sollte, kroch ein etwa 10 cm langer Spulwurm heraus. Grätzer.

F. Reiche, Eine durch Diphtheriebazillen und Streptokokken bedingte Meningitis. (Aus dem Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Barmbeck.) (M. m. W. 1916 Nr. 16.) Wechselnd

schwere, an die Höhe der Krankheit gebundene und stets nach kurzer Zeit wieder schwindende meningeale Reizerscheinungen, Nackensteifigkeit, Starre der Wirbelsäule mit positivem Kernigschen Phänomen, Benommenheit, motorische und bis zu wilden Delirien gesteigerte psychische Unruhe, kennen wir seit langem als gelegentliche Begleiterscheinungen schwerster Diphtherien; wiederholt konnte Verf. dabei vermittelst Lumbalpunktion einen Überdruck im Spinalkanal feststellen. Echte klinische Meningitiden beobachtete Verf. unter weit über 8000 Diphtheriepatienten im ganzen jetzt 9 mal. Von 2 Kindern wurde bei dem einen gleichzeitig neben stark ausgeprägten Veränderungen in Pharynx, Kehlkopf und Luftröhrenverzweigungen, bei dem anderen in der gesicherten Rekonvaleszenz nach einer mittelschweren Rachendiphtherie eine diffuse eitrige Leptomeningitis gefunden, die bei beiden bereits klinisch durch den Nachweis von Weichselbaumschen Meningokokken hinsichtlich ihres Erregers feststand, bei 3 Kranken lagen anscheinend durch die diphtherische Rachenerkrankung herbeigeführte Mischinfektionen mit Kolibazillen, hämolytischen Streptokokken und Gram-positiven Staphylokokken vor, während bei einem weiteren 18 jährigen Patienten mit Pneumokokken im purulenten Spinalexsudat die Diphtherie sich erst entwickelt hatte, nachdem eine schwere Pneumonie mit Pneumokokkenbakteriämie voraufgegangen war. Bei 2 Kindern von 6 und 7 Jahren bestand bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus am 3. bzw. 10. Tage ihrer als solcher mittelschweren Diphtherie das in Heilung endende, bei dieser Affektion kaum bekannte, sein Analogon aber in anderen akuten Infektionskrankheiten findende Bild der Meningitis serosa; der unter einem Druck von 150 bzw. 120 stehende Liquor spinalis war leicht getrübt und kulturell steril, die geringe Pleozytose betrug $^{29}/_{3}$ bzw. $^{34}/_{3}$. Die Vermutung, daß die hier vorliegende Komplikation durch das spezifische Virus, seien es nun die Diphtheriebazillen oder die von ihnen gebildeten Toxine, bedingt war, ist naheliegend, aber nicht glatt zu beweisen.

Eine eitrige, auf Diphtheriebazillen zurückgeführte Meningitis ist in der Literatur bislang nicht mitgeteilt.

Hildegard W., 5 Jahre, Kostkind, wurde am 15. XII. 1915 wegen Fieber, Benommenheit und Anschwellung am Kopf aufgenommen. Erkrankungstag nicht genau sicherzustellen („einige Tage"). Apathie wechselnd mit Unruhe und häufigem Aufschreien. Kernig positiv. Keine Nackenstarre. Symmetrische druckempfindliche Schwellung an beiden Schläfen. Rachen frei. Am Hals keine Lymphdrüsenschwellungen. Über dem Unterlappen der rechten Lunge bronchitische Geräusche. Urin frei. Augenhintergrund ohne Befund. Beide Trommelfelle gerötet. Leidlich gute Nahrungsaufnahme. Temperatur 39,6—40,2°. Leukozyten: 25000. 17. XII.: Wirbelsäulensteifigkeit; Lumbalpunktion: Druck erhöht, Liquor klar, Globulinreaktion schwach positiv, Pleozytose von $^{194}/_{3}$, das Punktat ist bakteriologisch steril. 18. XII.: Blutentnahme: steril; Gruber-Widal-Probe für Typhus und Paratyphus negativ. Temperatur zwischen 38,8° und 41°. 20. XII.: Lumbalpunktion: Druck stark erhöht, Zellenzahl $^{430}/_{3}$, Nonnereaktion schwach positiv, die mit dem Liquor angelegten Kulturen bleiben steril, das damit infizierte Meerschweinchen ging an einer interkurrenten Affektion ohne charakteristischen Befund zugrunde. 22. XII.: Fluktuation in beiden Schläfengegenden; Inzision: in dem entleerten Eiter werden kulturell hämolytische Streptokokken nachgewiesen. Sonstiger Befund unverändert. Nackenstarre. Kernig stark ausgeprägt. Patellarreflexe geschwunden. 24. XII.: Augenhintergrund frei. Trommelfell beiderseits getrübt und gerötet; Parazentese: nur links entleert sich

ein Tropfen trüber Flüssigkeit. Dauernd eine unregelmäßig zackende Kontinua zwischen 38,6 und 40,7°; Puls 120—144. Die Leukozytenwerte zwischen 16. und 23. XII. waren: 20400—11800—14000—19800—23800—27800—27400—23400. 27. XII.: Lumbalpunktion: Druck leicht erhöht, Liquor klar mit einigen Flöckchen, Zellengehalt $^{336}/_{3}$. Globulinreaktion stark ausgesprochen, im Kulturverfahren wurde der Streptococcus pyogenes daraus isoliert, das mit dem Liquor infizierte Meerschweinchen blieb leben. 28. XII.: Allgemeinzustand nicht verändert, Kontinua zwischen 38,6 und 40,4°, Leukozytenmengen seit dem 26.: 50200 bis 52600—38200. Seit heute eitriger Ausfluß aus dem rechten Nasenloch: im frischen Präparat und in den auf Hammelserumagar angelegten Kulturen reichlich Diphtheriebazillen. Tonsillen frei. 29. XII.: Temperatur 41—42—41,2°. Exitus.

Autopsie 20 Stunden p. m.: Bronchopneumonische Herde in beiden Lungen. Leichte Enteritis. Fibrinös-eitrige Rhinitis, die hintere Rachenregion mit grünlich verfärbten Pseudomembranen ausgekleidet. Tonsillen frei. Eiter in beiden Mittelohren, Keilbeinhöhlen und Highmorshöhlen. Knochen der Schädelbasis intakt. Eitrige Leptomeningitis, die Unterfläche des Gehirns ist relativ frei, eine dicke, grünlich-gelbe, in Lamellen abhebbare Eiterschicht liegt beiderseits über der ganzen Konvexität. Abstriche des Eiters geben neben Streptokokken zahlreiche Diphtheriebazillen. Die der Weigertfärbung unterworfenen mikroskopischen Präparate zeigen dichteste Rundzellenanhäufungen im Subarachnoidalraum, der Fibringehalt ist verhältnismäßig gering (Dr. Fahr).

Das weiße Blutbild war (auf je 300 Zellen ausgezählt) am:

	17. XII.	21. XII.	24. XII.	28. XII.
	%	%	%	%
Neutrophile Polynukleäre	74,7	75,7	84,7	85,3
Neutrophile Mononukleäre	2,7	2,7	3,0	3,0
Kleine Lymphozyten	10,7	10,0	7,7	4,7
Große Lymphozyten	10,7	10,7	3,7	3,7
Übergangszellen	1,3	1,0	0,3	1,3
Myelozyten	—	—	0,7	2,0

Wir sehen hier das klassische Bild einer Streptokokkensepsis und Streptokokkenmeningitis im Gefolge, wie die Sektion erwies, einer akuten Vereiterung der Nebenhöhlen der Nase, die ihrerseits jedenfalls auf die kurz ante mortem offenkundig gewordene, ausschließlich auf die hinteren Rachenregionen beschränkte Löfflerbazillendiphtherie zurückzuführen war. In den subarachnoidalen Eiteransammlungen wurden neben den Streptokokken Diphtheriestäbchen in reichlichen Mengen nachgewiesen; mit ihrer Anwesenheit mag die grünliche Färbung und die in festweichen Schichten abhebbare Beschaffenheit des Eiters in Verbindung stehen. Daß die Mikroben von den primären Herden mit dem Blutstrom an diesen neuen Ansiedlungsort getragen wurden und nicht per continuitatem überwanderten, ist durch das intakte Aussehen der Knochen der unteren Schädelhöhle wahrscheinlich und sodann auch durch die Ansammlung des purulenten Exsudats vorwiegend auf der Höhe der Hirnhemisphären, der intra vitam das Fehlen aller Basissymptome entsprach.

Ob in diesem Fall eine gleichzeitige Invasion der Meningen durch beide Krankheitserreger, Streptokokken und Löfflerbazillen, statthatte oder aber ob, worauf der Verlauf der Affektion, insbesondere der kulturelle Befund nur von Kettenkokken im Spinalpunktat, deuten könnte, die letzteren erst später überschleppt wurden, ist eine nicht zu beantwortende Frage; wir wissen, daß beide im Verlauf einer Diphtherie in die Blutbahn hineingelangen können. Unter 242 auf

Verf.s Station gemachten kulturellen Untersuchungen vital bei Diphtheriekranken entnommenen Blutes wurden bei 2 Patienten Diphtheriebazillen, bei 5 hämolytische Streptokokken und bei einem Löfflerbazillen neben den letzteren gefunden; unter 790 bei Sektionen vorgenommenen bakteriologischen Prüfungen des Herzblutes von binnen der ersten 3 Krankheitswochen Verstorbenen hatte Verf. bei 17 allein Diphtheriebazillen, bei 323 allein Streptokokken und bei 10 sie beide nebeneinander, während bei 58 weiteren Leichen Streptokokken neben verschiedenen anderen Mikroorganismen isoliert wurden. Die Invasion des Liquor spinalis durch Diphtheriebazillen ist wiederholentlich Gegenstand der Bearbeitung gewesen. Bonhoff, W. H. Leede, Sommerfeldt und Reye deckten sie bei Autopsien in verschieden starker Häufigkeit auf, insgesamt aber doch unter 152 Einzeluntersuchungen 21 mal, also in rund einem Fünftel aller Fälle. Nur in einem waren sie in besonderer Reichlichkeit (Reye) zugegen, im allgemeinen jedoch sehr spärlich, wobei noch, analog wie im Leichenblut, mit einer gewissen postmortalen Vermehrung gerechnet werden muß. So erklärt es sich, daß unter 33 auf Verf.s Station gemachten vitalen Punktionen des Spinalkanals keinmal Löfflerbazillen aus dem klaren Liquor gezüchtet werden konnten. Sie wurden gemacht, da, wie erwähnt, in schweren Verlaufsformen der Diphtherie eine starke Erhöhung des Lumbaldrucks festgestellt wurde und diese Entlastung vielfach zur vorübergehenden Aufbesserung von Unruhe oder Benommenheit führte. Grätzer.

A. Eulenburg (Berlin), Über Paramyotonia congenita. (M. Kl. 1916 Nr. 19.) Vor 30 Jahren hat Verf. diese Krankheit als ein der Myotonia congenita verwandtes, aber in wesentlichen Zügen von ihr verschiedenes Leiden beschrieben, das in einer Familie schon in der 6. Generation vorhanden war. Verf. kommt jetzt auf diese Mitteilung zurück, da er Gelegenheit hatte, ein Mitglied dieser Familie wieder zu untersuchen.

Von dieser wird das Leiden als „Klammheit" bezeichnet. Es besteht nunmehr seit 7 Generationen. Überspringen einer Generation fand nie statt. Die Vererbung erfolgte stets direkt, bald von väterlicher, bald von mütterlicher Seite. Eine wesentliche Abnahme der Anomalie innerhalb der Familie ist, wie der Stammbaum ergibt, bisher noch nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Immerhin äußert sich die Anomalie nicht bei allen, sondern nur bei einem, allerdings nicht unerheblichen Teile der Familienmitglieder (bisher 27). Sie wird oft sofort beim Neugeborenen konstatiert. Sie erstreckt sich zwar auf das gesamte willkürliche Muskelsystem, trifft jedoch nicht an allen Körperregionen in gleicher Weise und in gleich starker Ausprägung hervor. Vielmehr scheinen an der Muskulatur einzelner Körperabschnitte die Erscheinungen des „Krampfes" (oder hochgradiger Steifheit und Rigidität), in anderen dagegen, nach voraufgegangenem meist kurzem Krampfe, die Erscheinungen der „Lahmheit", der Bewegungshemmung zu überwiegen. Im großen und ganzen bietet sich in den vollentwickelten Fällen ungefähr folgendes Krankheitsbild: In den Gesichts- und Halsmuskeln spielt sich die Anomalie fast ausschließlich in tonischer Krampfform ab. Augen- und Mund-

sphinkter zeigen sich energisch kontrahiert, so daß bei anhaltender Erregungsursache das Sehen dadurch erschwert, die Sprache undeutlich wird. Nach dem Lachen bleibt der Mund leicht stehen. Auch die Schlingmuskeln werden von schmerzhaftem, aber rasch vorübergehendem tonischen Krampfe ergriffen. — An den oberen Gliedmaßen, vor allem an den Händen, ist der primäre Krampfzustand meist nur ein ziemlich flüchtiger, während die danach zurückbleibende „Lähmung" (oder besser „Lahmheit") Stunden und selbst halbe Tage hindurch anhalten kann. Die Störung der willkürlichen Innervation erreicht dabei zeitweise einen so hohen Grad, daß der Gebrauch von Messer und Gabel, das Öffnen eines Schlosses, Knöpfen, Schreiben, kurz die verschiedensten Hantierungen dadurch wesentlich erschwert, mitunter unmöglich gemacht werden. Ganz analog verhält sich auch die Muskulatur der unteren Gliedmaßen. Auch hier überwiegt die Bewegungsschwäche oder Bewegungshemmung und wird bald nur durch ein unbehagliches Gefühl von Steifheit, bald auch durch sichtbare rhythmische Oszillationen (besonders der Oberschenkelmuskeln) eingeleitet. Die Störung der Ortsbewegungen kann übrigens eine sehr bedeutende werden und sich in den höchsten Graden der „Klammheit" bis zum Umfallen steigern, wobei sich die Kranken öfter ohne fremde Hilfe nicht zu erheben vermögen. Am schnellsten geht in der Regel die Klammheit der Gesichtsmuskeln vorüber, am langsamsten die der Handfingermuskeln. Bei Mitaffektion der Beinmuskulatur kann auch nach wiederhergestellter Mobilität eine Abgeschlagenheit, ein Schwächegefühl, nicht selten 12 bis 24 Stunden zurückbleiben.

Die „Klammheit" der Gesichtsmuskeln läßt sich nun durch Witterungseinflüsse, durch kühle, naßkalte Witterung, Sprühregen mit Wind und dergleichen, oft aber schon durch Aufenthalt in ungenügend erwärmten Zimmern in sehr intensiver Weise hervorrufen. Die Befallenen haben dann Mühe, ihren Weg zu finden, sich dem Begleiter verständlich zu machen usw., doch verliert sich der Zustand im erwärmten Raume in der Regel schon nach wenigen Minuten. Ein von E. untersuchter Patient schützte sich nötigenfalls auf der Straße durch Vorhalten eines Tuches vor das Gesicht. Auch in den Händen, namentlich wenn sie nicht in anhaltender Tätigkeit sind, wird der Zustand durch Kälte am leichtesten und intensivsten hervorgerufen. Es sind dazu keineswegs etwa sehr beträchtliche Kältegrade erforderlich, sondern es genügt schon Eintauchen der Hände in kaltes Wasser oder Berührung mit einem kalten Metallstücke oder selbst mit einer zum Schreiben dienenden polierten Tafel. Umgekehrt verliert sich der lähmungsartige Zustand der Hände nach Eintauchen in heißes Wasser, oft auch nach einer reichlichen Mahlzeit oder nach Aufnahme größerer Quantitäten warmen Getränkes. Übrigens können die Hände selbst sich vollkommen warm anfühlen und dennoch fortdauernd „klamm" sein. Die analoge Störung an den unteren Gliedmaßen macht sich bei niedriger Temperatur besonders im Sitzen bemerkbar, wenn Beine und Unterleib nicht genügend bedeckt sind; unter ähnlichen Bedingungen auch in der Bettlage. Warmes Getränk, bei Bettlage häufiges Umherwälzen, Reiben des Unterleibes, warme

Umschläge auf diesen, können auch hier den Zustand günstig beeinflussen. Elektrizität dagegen scheint in jeder Form selbst als Palliativ fast ohne Einfluß.

Es mag an dieser Stelle gleich einiges über den elektrischen und mechanischen Untersuchungsbefund eingeschaltet werden, durch den sich die in Rede stehende Anomalie von der Thomsenschen Erkrankung, der echten Myotonia congenita, wesentlich unterscheidet. Was die mechanische Nerven- und Muskelreizbarkeit anbelangt, so fehlen hier ganz die für Thomsensche Krankheit so charakteristischen Befunde der erhöhten mechanischen Muskelerregbarkeit, der Bildung intramuskulärer Wulste und der Nachdauer auf mechanische Reizung. Hinsichtlich der elektrischen Exploration ergibt sich eine Verschiedenheit des Befundes am Nerven und Muskel. Während im allgemeinen die elektrische (faradische und galvanische) Nervenreizbarkeit der Norm entspricht oder höchstens in ganz geringem Grade unterdurchschnittlich herabgesetzt ist, findet man dagegen die faradische Muskelreizbarkeit fast durchgehend mehr oder weniger herabgesetzt, stets jedoch in weit höherem Grade zur Zeit des Bestehens der Klammheit als außerhalb dieser. Auch die galvanische Muskelreizbarkeit erscheint, namentlich an den Extremitäten, meist deutlich herabgesetzt; dabei ist vielfach eine sehr auffällige Geneigtheit zum Eintreten von Dauerzuckungen (Schließungstetanus) sowohl an der Kathode, wie auch in ausgesprochenen Fällen an der Anode bemerkbar, sodaß die Zuckungen namentlich an kleineren Muskeln (Interossei) — auch an der Mundlippenmuskulatur, Quadratus menti usw. — schon bei kaum die Schwellenweite überschreitenden Strömen häufig während des ganzen Geschlossenseins der Kette minutenlang und darüber unvermindert anhalten. — Öffnungszuckungen sind dagegen (selbst bei stärkeren Strömen) fast nie zu beobachten. Niemals zeigt sich ferner eine Spur der von Erb bei Thomsenscher Krankheit beschriebenen eigenartigen Zustände von „Nachdauer" der faradischen und galvanischen Muskelzuckung und von den bei stabiler Stromwirkung wellenförmig über den gereizten Muskeln hinlaufenden Kontraktionen. Von der Gesamtheit der „myotonischen Reaktion" Erbs ist somit die paramyotonische in mancher Beziehung abweichend; ebensowenig findet sich bei letzterer etwas von der sogenannten „neurotonischen" (Ne R.) Marinas und Remaks.

Auch in anderer Hinsicht weicht ja die in Rede stehende Anomalie von dem typischen Erscheinungsbilde der Thomsenschen Krankheit mannigfaltig und zum Teil sehr erheblich ab. Es fehlt vor allem die für Thomsensche Krankheit sozusagen pathognomonische Erscheinung, daß die krampfhafte Muskelstarre auf spontane motorische Erregungen im Momente des aktiven Erregungsimpulses sich einstellt und sodann für gleichartig fortdauernde Erregungen nachläßt und allmählich verschwindet. Dagegen wird die als „Klammheit" bezeichnete krampfhafte Starre fast ausschließlich unter dem Einflusse der Kälte (besonders der Luftkälte) hervorgerufen; sie verschwindet in einzelnen Muskelgebieten rascher, in anderen langsamer, um entweder dem normalen Zustande oder einer längere Zeit anhaltenden lähmungsartigen Schwer- oder Unbeweglichkeit Platz zu

machen. Zuweilen scheint sie auch mehr einseitig entwickelt zu sein; z. B. wurde bei dem letzthin vom Verf. wieder untersuchten Patienten in seiner Kindheit — er sah ihn zuerst als 4 jährigen Knaben — die linke Gesichtshälfte leichter „klamm“ als die rechte. Bei dem jetzt im 35. Lebensjahre stehenden Manne ist ein derartiger Unterschied allerdings nicht mehr feststellbar. Übrigens findet eine Minderung des Zustandes mit vorrückendem Alter im allgemeinen nicht statt; von den dem Verf. persönlich bekannt gewordenen Familienmitgliedern haben zwei bis an ihr Lebensende die Krankheit behalten, darunter ein Arzt, der ein Alter von 88 Jahren erreichte, Großvater mütterlicherseits des zuletzt untersuchten Patienten.

Von dem letzteren mögen noch einige auf Selbstbeobachtung beruhende, die vorherigen allgemeinen Angaben durch ein einzelnes Beispiel verdeutlichende Notizen hier beigefügt werden. Die „Klammheit“ tritt auch bei ihm unter Kälteeinwirkung auf, die aber nicht unter dem Gefrierpunkte zu liegen braucht, sondern oft schon bei Temperaturen von 10—12° C, und besonders bei feuchtem, nebligem und windigem, dadurch den Prozeß der Hautabkühlung beschleunigendem Wetter. Das Gesicht wird bei Sprühregen, Schneetreiben, kühlem Winde fast augenblicklich klamm; zuletzt zieht sich der Schließmuskel der Augen zusammen, so daß die Lidspalte verengt wird, das Sehen behindert werden kann; ebenso schließt sich der Mund fest zusammen, wodurch die Sprache undeutlich und erschwert wird. Bei längerer Kälteeinwirkung werden auch die Kau- und Halsmuskeln betroffen; Patient vermag zum Essen den Mund nicht zu öffnen, nicht zu kauen, den Kopf nicht seitlich zu drehen. Durch Reiben und wiederholte Bewegungsversuche, die allerdings von krampfartigen Zusammenziehungen oft unterbrochen werden, kann sich die Spannung allmählich etwas verlieren. Wirkt die Kälte längere Zeit hindurch ein, so bleibt jedoch der jeweilige starre Gesichtsausdruck bestehen — auch nach dem Eintritte in ein wärmeres Zimmer noch ungefähr 5—10 Minuten (z. B. während dieser Zeit Unfähigkeit zum Lachen). — Die Hände werden bei längerer Kälteeinwirkung klamm, bei Frost immer, bei feuchter Luft schon bei 8—10° C (im Herbste und Frühjahre daher häufig). Patient kann alsdann die Finger nicht mehr strecken, sie werden kraftlos und versagen nach kurzem Krampfe, z. B. beim Ankleiden, Knöpfen, Schreiben usw., vollständig. Wird die Hand kräftig geschlossen, so ist die Wiederöffnung unmöglich. Das „Klammwerden“ zeigt sich besonders am Zeigefinger und am kleinen Finger; sie stehen gespreizt ab, ihr Heranbringen an die Mittelfinger ist unmöglich. Die lähmungsartige Schwäche der Hände bleibt oft den ganzen Tag über bestehen (Maltätigkeit daher unmöglich) und verliert sich erst während des Schlafes. — In den Beinen tritt der Zustand besonders beim Sitzen oder Stehen und Liegen in der Kälte auf; so im kühlen Zimmer (10—12° C) und beim Wagenfahren. Patient merkt den Eintritt am „Zittern“ der Oberschenkelmuskeln; dies bildet dann für ihn das Signal, sich Bewegung zu machen — geschieht dies nicht alsbald, so wird das Aufstehen später unmöglich, und wird es erzwungen, so kann ein Umfallen die Folge sein, indem die Beine sich plötzlich in die Sitzstellung zurückziehen.

Erst Streichungen und wiederholte Streckversuche ermöglichen dann allmählich ein Aufstehen. Es bleibt aber immer eine Steifheit zurück, namentlich im Fuße, der beim Gehen „wie ein Brett auf den Boden klappt“, und eine Spannung in den Wadenmuskeln, die meist erst während des Nachtschlafes völlig verschwindet. — Auch nach längerem Stillstehen in der Kälte werden die Beine von der Klammheit befallen; so fiel Patient einmal dadurch sogar in einen Graben, als er eine Böschung herabsteigen wollte und das Bein nicht zu heben vermochte. Bei leerem oder „indisponiertem“ Magen entwickelt sich die Klammheit in den Beinen noch schneller, wenn sie länger in der Ruhe waren. Kalte Bäder zu nehmen, hat Patient (auch einer Mittelohrentzündung wegen) immer vermeiden müssen; im Gesicht und an den Händen kann er die Klammheit durch Kälteapplikation (Eiswasser usw.) künstlich hervorrufen oder verstärken.

In pathogenetischer Hinsicht hat Verf. schon bei seiner ersten Mitteilung die Vermutung geäußert, daß der eigentümlichen Starre eine durch gewisse okkasionelle Reize, namentlich durch Kälte, reflektorisch hervorgerufene temporäre spastische Verengerung der Muskelgefäße zugrunde liege, daß es sich also um eine „spastische Angioneurose des willkürlichen Muskelapparates“ handeln könne. Verf. hat diese Vermutung damals zu begründen gesucht und vermöchte auch jetzt über diesen Gegenstand nichts Bestimmteres zu sagen. — Historisch sei noch bemerkt, daß seit seiner ersten Mitteilung Fälle gleicher Art nur von Rich und von Delprat veröffentlicht zu sein scheinen; der letztere beobachtete zweimal das Vorkommen Thomsenscher Krankheit in einer paramyotonischen Familie, wodurch also die nahe Verwandtschaft beider Affektionen noch sicherer gestellt wird. Von Jendrassik wird das Leiden als besondere Gruppe unter den „atypischen Formen der Myotonie“ und mit dieser zusammen unter den „Heradodegenerationen mit andersartigen Bewegungsstörungen — wohin z. B. auch Huntingtonsche Krankheit, paroxysmale familiäre Lähmung usw. gehören — abgehandelt. Grätzer.

Hans Januschke, Erfolge der klinischen Pharmakologie bei funktionellen Nervenkrankheiten. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien.) (Ther. Mhf. 1916 Nr. 2.) Verf. teilt folgende Fälle mit:

1. Heilung einer „hysterischen“ Lähmung durch pharmakologische Beeinflussung der Skelettmuskeln. Bei einem 13jährigen Mädchen wird eine seit 4 Monaten bestehende Lähmung oder Schwäche beider Beine nach systematischer Prüfung aller Abschnitte der Bewegungsneurose durch Erregbarkeitssteigerung der peripheren motorischen Nervenendigungen mittels Physostigmin binnen Tagen geheilt.

2. Akute Ruhigstellung und Heilung einer tobsüchtigen Manie. (Erfolgreiche Umgehung einer Kodeingewöhnung.) Bei einem 12jährigen Knaben wird eine bestehende Geistesverwirrung mit manischer Ideenflucht und Tobsucht durch Ruhigstellung der Affektzentren mittels Kodein dreimal binnen Stunden beseitigt. Der dritte

Kodeineffekt geht in Dauerheilung über. Eine auftretende Kodeingewöhnung wird durch Parakodin erfolgreich überwunden.

3. Funktionelle Aufschließung und Heilung eines Patienten mit Dämmerzuständen. (Erfolgreiche Überwindung eines Kalziumversagers.) Bei einem 11 jährigen Knaben mit eigentümlichen Anfällen von Bewußtseinsstörung werden durch die Amylnitritprobe Gefäßkrämpfe im Großhirn als Ursache erkannt. Nach vergeblichen Versuchen mit anderen gefäßerweiternden und nervenberuhigenden Arzneien gelingt es zweimal, mittels Calcium lacticum die Anfälle zu beseitigen. Beim erstenmal wird der Kalziumwirkung durch natriumarme Kost zum Durchbruch verholfen. Der zweite Kalziumerfolg geht in Dauerheilung über.

4. Ein Fall von chronischen Magenkrämpfen, wo der Heilerfolg des Atropins durch Gastroenterostomie ermöglicht wurde. Bei einer 22jährigen Patientin, welche seit 2 Jahren an häufigen, zum Erbrechen führenden Magenkrämpfen litt und dadurch bereits ernährungsunfähig war, wurde nach vergeblichen, auf die Beruhigung der Magensensibilität und -motilität gerichteten Maßnahmen durch eine Gastroenterostomie die funktionelle Grundbedingung für die Heilwirkung des Atropins hergestellt und damit die Ernährungsmöglichkeit wiedergewonnen.

5. Kreislaufschwäche mit Erscheinungen von Hirnanämie als Folge „latenter“ Obstipation. Bei einem Knaben von 10 Jahren mit Erscheinungen allgemeiner Schwäche werden die Anfälle von Übelkeit, Schwindel und Ohnmacht nach dem Fehlschlagen einer Ruhe- und Mastkur durch Verbesserung der Hirnzirkulation mittels Theobromin vorübergehend behoben. Der sodann erzielte Dauererfolg einer Trinkkur mit isotonischer Lösung von Karlsbader Salz trotz täglicher Stuhlentleerungen läßt erkennen, daß eine maskierte Obstipation zur Störung der Hirnzirkulation (durch Herzschwäche oder durch Krämpfe der Kopfgefäße) geführt hatte.

Grätzer.

G. C. Bolten, Die Pathogenese der gehäuften kleinen Anfälle. (Mschr. f. Psych. u. Neurol. 39. 1916. H. 3.) 14 Fälle werden mitgeteilt. Verf. stellt folgende drei charakteristischen Eigenschaften der gehäuften kleinen Anfälle (im Sinne Friedmanns und Heilbronners) in den Vordergrund:

1. Die gehäuften kleinen Anfälle ergeben klinisch-morphologisch kein scharf zu umgrenzendes und durchaus kein gleichförmiges Bild, da sie variieren zwischen der allereinfachsten Bewußtseinsstörung (Absenz), dem allerleichtesten nervösen Schwindelanfall und dem elementarsten motorischen Reizprozeß (Verdrehen der Augen) bis zur komplizierteren rudimentären motorischen Entladung, bei welcher auch noch wieder eine große gegenseitige Verschiedenheit wahrzunehmen ist. Die verschiedenen Fälle haben denn auch stets nur das miteinander gemein, daß die dabei auftretenden Anfälle gehäuft sind und kurz dauern.

2. Vom klinischen Standpunkte aus hat es keinen Sinn, die gehäuften kleinen Anfälle als ein selbständiges Symptom zu betrachten, da sie sich nur graduell oder quantitativ unterscheiden von den voll-

ständigen (epileptischen oder hysterischen) Anfällen, deren rudimentärste Form sie darstellen.

3. Auch pathogenetisch zeigen die gehäuften kleinen Anfälle eine große Verschiedenheit: eine kleine Minderheit gehört zur Hysterie und vielleicht zur Spasmophilie, ein sehr großer Teil, wahrscheinlich sogar die meisten, gehören zur zerebralen Epilepsie, während wieder ein anderer Teil sicherlich bei der genuinen Epilepsie untergebracht werden muß. Mit Gélineaus Narkolepsie haben sie jedoch durchaus nichts zu tun; sie gehören in den weitaus meisten Fällen sicherlich nicht zur Affektepilepsie von Bratz.

Von einem Morbus sui generis, sowohl Neurose als auch einer anatomischen Erkrankung, kann bestimmt nicht die Rede sein.

Kurt Mendel.

W. N. Klimenko, Blutungen bei Scharlach. (Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. 3. H. 3.) An Hand von nahezu 100 Fällen bespricht Verf. die Komplikationen der Blutung bei Scharlach (im allgemeinen selten), deren Ursache (meist Degeneration der Gefäßwand bzw. Arrosion durch Vereiterung), Symptomatologie (meist wiederholt, Auftreten nie vor der 2. Krankheitswoche), Prognose (meist tödlich), Therapie (Tamponade, womöglich Ligatur) und Prophylaxe (rechtzeitige Inzision vereiterter Lymphdrüsen).

Kurt Boas.

B. Pfyl, Übergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren. (Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamt. 48. H. 3. 1915.) Aus gebrauchten Original-Soxhletflaschen und anderweitigen billigen Flaschen lösen sich nur Spuren von Kieselsäure, während in der unerhitzten Milch in $^1/_2$ Liter bereits 0,8—1,1 mg Kieselsäure enthalten waren. Diese Mengen sind im Vergleich zu den auf anderem Wege den Flaschenkindern zugeführten Kieselsäuremengen als ganz unerheblich zu bezeichnen, selbst wenn auch aus ungebrauchten, zum ersten Male verwandten Glasflaschen von 500 ccm Milch 0,2—13,2 mg Kieselsäure abgegeben werden. Kurt Boas.

M. Lobsien, Die experimentelle Ermüdungsforschung. (Zschr. f. Kinderforsch. 19. 1914.) Verf., dem wir auf dem Gebiete der experimentellen Ermüdungsforschung bereits eine Reihe von grundlegenden Arbeiten zu verdanken haben, nimmt in der vorliegenden Arbeit zu einer Reihe neuerer einschlägiger Untersuchungen kritisch Stellung. Kurt Boas.

H. H. Goddard, Die Familie Kallikak. (Ebenda. 19. H. 3ff. 1914.) In der ausführlichen, zu kurzer Besprechung nicht geeigneten Arbeit schildert Verf. den Vererbungstypus der Imbezillität an Hand der Schicksale einer Familie. Jedes einzelne Familienmitglied wird auf seinem Lebenspfade einzeln verfolgt und behandelt. Die Arbeit beansprucht rassehygienisches Interesse und verdient im Original nachgelesen zu werden. Kurt Boas.

Kisch, Über eine Behandlungsmethode der chirurgischen Tuberkulose in der Ebene. (Arch. f. klin. Chir. 1915. H. 4.) Die Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose ist auch in der Ebene mit Erfolg durchführbar, sofern sie genügend weit vom Getriebe



der Großstadt stattfinden kann, da die Wirksamkeit der Sonnenstrahlen von der Staubfreiheit der Luft abhängt. Sie wird zweckmäßig mit der Stauungsbehandlung kombiniert. Verf. beobachtete bei den auf Veranlassung Biers angestellten Versuchen eine auffallende Übereinstimmung beider Verfahren hinsichtlich der durch die Hyperämisierung und Ödemisierung des Gewebes herbeigeführten Schmerzbefreiung, anfänglichen Steigerung der Absonderung mit sekundären Abszeßbildungen und folgenden Beschränkung der Sekretion. Die Anlegung der Staubinde erfolgte 3mal täglich 4 Stunden lang mit 1stündigen Unterbrechungen. Vor jeder Stauung wird zur Einschränkung der Abszedierung Jodnatrium gegeben (Erwachsene täglich 3,25, Kinder von 14—10 Jahren 1,0 und unter 10 Jahren 0,5 g). Nach halbstündigem Liegen der Binde ermöglicht die Schmerzlinderung die Vornahme aktiver und passiver Bewegungen. Um neben der anatomischen auch eine funktionelle Ausheilung zu erzielen, wird jede Fixation des kranken Gliedes unterlassen, Gipsverbände nur zur Entlastung unter Zuhilfenahme von Scharnieren bei Fuß- und Kniegelenkstuberkulosen angelegt. Kurt Boas.

A. Nussbaum, Über Gefahren der Albeeschen Operation bei Pottschem Buckel der Kinder. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Bonn.) (Beitr. z. klin. Chir. 99. H. 1. S. 123. 1916.) Verf. beobachtete experimentell nach Vornahme der Albeeschen Operation eine Lordosierung der Wirbelsäule und ein Kleinerbleiben der Versuchstiere. In einem Falle hatte das gehemmte Wachstum von fünf Wirbeln auf das ganze Tier so eingewirkt, daß es kleiner geblieben ist. Die Lordosierung als Folge der Albeeschen Operation scheint für den Pottschen Buckel nur von Vorteil zu sein. Ob diese Verbiegung der Wirbelsäule jedoch in der Tat zustande kommt, ist wohl noch mehr als fraglich. Von Nachteil ist ferner die Beschränkung des allgemeinen Wachstums durch die Operation und die Versteifung der Wirbelsäule. Es überwiegen jedoch die Vorteile: das schnelle Außerbettbringen (besonders bei Kindern von Wert), ohne daß schwere und hinderliche Stützapparate nötig wären, und das dadurch bedingte rapide Emporblühen des Allgemeinbefindens. Inwieweit schädliche Spätfolgen ernsterer Art zu befürchten sind, läßt sich erst nach Jahren übersehen. Ein Übergreifen des tuberkulösen Prozesses auf die Gegend des Spans ist erfahrungsgemäß unwahrscheinlich und mithin auch von dieser Seite keine allzu große Gefahr zu befürchten. Kurt Boas.

H. Zondek, Die Wirkung des Serums mit Diphtherietoxin vorbehandelter Kaninchen auf den Blutdruck normaler. (Aus der I. Medizinischen Universitätsklinik in Berlin.) (Zschr. f. klin. Med. 81. H. 1 u. 2. 1915.) Das Serum von Kaninchen, die mit Diphtherietoxin akut vergiftet wurden, setzt, auf gesunde Kaninchen übertragen, deren Blutdruck akut herab, während dies bei normalem Serum nicht der Fall ist. Serum von uran- oder chromnephritischen Kaninchen wirkt bei Übertragung auf Tiere, bei denen durch Diphtherietoxin der Blutdruck gesunken ist, deutlich blutdrucksteigernd.

Kurt Boas.



G. Bry, Zur Pharmakologie der Phenyl-Alkyl-Amine. (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität in Breslau.) (Inaug.-Diss. Breslau 1914.) Wenn man das Hauptgewicht auf die zentralen Erregungsphänomene legt, insbesondere des Respirationszentrums, so ergibt sich, daß schon das Phenyläthylamin die Grundwirkung der Gruppe darbietet. Verfasserin nimmt eine Steigerung dieser Wirkung in folgender Reihenfolge an:

Phenyläthylamin (I),
p-Oxyphenyläthylamin (II),
p-Oxyphenyläthylbenzylamin (IV),
p-Oxyphenyläthyl-3-methoxy-4-oxybenzylamin (VI),
p-Oxyphenyläthylpiperidin (X),
Aminomethylhydrinden (XIII).

Wirkungslos erscheinen:

Aminophenyläthylamin (III),
Indoläthylamin (VIII),
Bisphenyläthylendiamin (XII).

Der Effekt ist nur unbedeutend bei:

Hexahydrophenyläthylamin (V),
Oxyphenyläthyldimethoxybenzylamin (VII),
Oxyphenyläthylmethylendioxoxybenzylamin (IX).

Die Verlängerung der Seitenkette führt nicht unbedingt zu einer Steigerung der Grundwirkung, wie Fall IX beweist.

Einführung der Hydroxylgruppe (Übergang von I zu II) verstärkt die Wirksamkeit.

Ersatz der OH-Gruppe aus Benzolkern durch die Aminogruppe (III) läßt die Wirkung verschwinden.

Am geeignetsten zur Steigerung der Wirkung ist die Ringschließung in der Seitenkette (XIII). Kurt Boas.

Fr. Keller, Quantitative Untersuchungen über enzymatische Wirkungen der Reiskleie. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Erlangen.) (Inaug.-Diss. Erlangen 1914.) Verf. gelangt in der vorliegenden Arbeit zu folgenden Schlußergebnissen:

1. In der Reiskleie (Reisfuttermehl) hat Verf. diastatische und proteolytische Enzyme gefunden und ihre Wirkung quantitativ festgestellt.

2. Das „hochprozentige Reisfuttermehl“ hat in der Menge von 5 g ungefähr die gleiche diastatische Wirkung auf Reismehlkleister gezeigt wie 5 g Mundspeichel.

3. Die Reisfuttermehle, die den größten Teil der Frucht- und Samenschalen und Embryonen enthalten, zeigen stärkeren Fermentgehalt als die fast nur aus Spelzen bestehende „gemahlene“ und „gewalzte Kleie“.

4. Die Wirkung der untersuchten Enzyme wurde in den ersten Stunden am ausgiebigsten gefunden. Ihr Temperaturoptimum liegt bei 55°. Bei 70° ist die Wirkung nur noch sehr gering. Durch halb-

ständiges Erhitzen der Kleie im strömenden Wasserdampf werden die Enzyme vernichtet.

5. Zur vollständigen Verzuckerung von 1 g Reismehl waren bei 37° in 48 Stunden 4 g Kleie in Form des „hochprozentigen Reisfuttermehles“ erforderlich.

6. Die proteolytischen Enzyme haben bei Prüfung ihrer Wirkung auf die Proteinstoffe der Reiskleie wesentlich niedrigere Abbauwerte ergeben als die diastatischen. Ihre Leistung ist in schwach saurer Lösung (0,2% HCl) größer als in neutraler und alkalischer (0,2% NaOH).

7. Die proteolytischen Enzyme haben auf tierisches Eiweiß (Hühnereiweißschlamm) keine Wirkung erkennen lassen.

Kurt Boas.

Waldemar Müller, Ein Fall von Heine-Medinscher Krankheit mit foudroyantem Verlauf (in etwa 30 Stunden) unter bulbärpontinen Symptomen. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Freiburg i. Br.) (Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1916.) Der Fall des Verf.s betrifft ein etwa 1jähriges Kind. Klinisch bestand eine Beteiligung der Nervi VII, IX, X, XI und XII. Die Beteiligung des Akustikus war nicht ganz sichergestellt. Die Sektion ergab als Hauptsitz des Prozesses das Kerngebiet des betreffenden Nerven. Der III. Ast des Fazialis war doppelseitig beteiligt. Der Mund war eingefallen wie bei einem zahnlosen alten Weibe. Außerdem schloß das Kind vom Einsetzen der bulbären Symptome kein Auge mehr. Die Schlundlähmung beruhte auf der doppelseitigen Glossopharyngeusparese. Die beobachtete eigenartige Atemstörung fällt dem Vagus zur Last, evtl. auch der Reizung des Phrenicus. Beteiligt war auch der Recurrens vagi (Aphonie). Vom Akzessorius waren beteiligt der Ramus internus (Schlundlähmung) und externus (Torticollis). Die Beteiligung des Hypoglossus kam in der vollständigen Lähmung der Zunge und der Schlund-(Schluck-)lähmung zum Ausdruck. Das klinische Bild entsprach also im wesentlichen demjenigen der Pseudobulbärparalyse. Hierfür waren auch die stereotypen saugenden Bewegungen des Mundes zu verwerten. Dementsprechend mußte auch die Affektion eine doppelseitige sein.

Klinisch bestand eine nicht näher zu deutende Pupillendifferenz, wahrscheinlich der Beteiligung des Sympathikus zur Last fallend, die auch Diaphragma- und Interkostallähmung zur Folge hatte.

Im ganzen verlief der Fall innerhalb rund 30 Stunden tödlich unter Temperatursenkung. Nach einem febrilen Vorstadium mit Angina und Bronchitis trat nach etwa 12 Stunden plötzlich eine schlaffe Lähmung des linken Armes auf.

Die Arbeit enthält (u. a. im Titel!) sehr zahlreiche störende Druckfehler.

Kurt Boas.

Ernst Petzsch, Über juvenile Paralyse. (Inaug.-Diss. Greifswald 1914.) Verf. berichtet über vier einschlägige Fälle. Davon seien hier zwei kurz geschildert. Fall I: Beginn der Paralyse mit 22 Jahren. Dauer 8 Monate. Demente Form. Nach dem ersten paralytischen Status galoppierender Verlauf, zunächst motorisch aptiert, kurz darauf neben der Demenz leicht depressive Phase,

zum Schluß ein zweiter paralytischer Status. Schwachsinnige Größenideen und Euphorie fehlten völlig, rudimentär und durch demente Deutung von Halluzinationen bedingt waren die Beeinträchtigungsvorstellungen. Lues fehlte in der Anamnese. Die Sektion ergab jedoch neben metaluischen Veränderungen luetische Veränderungen der Nieren, der Leber und des Zentralnervensystems. Es bestand also eine Subproposition der Paralyse auf einer Lues cerebri. Für hereditäre Lues verdächtig waren die Epilepsie des Vaters, das Vorkommen gewisser Degenerationszeichen und Infantilismus. Patient ist nicht antiluetisch geworden, auch blieben keine Zeichen der hereditären Lues zurück. Die Sektion ergab typische paralytische Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks.

Fall II: Beginn mit 16 Jahren. Dauer fast 3 Jahre. Lues hereditaria erwiesen: Lues des Vaters, mehrere Früh- und Totgeburten. Somatische Zeichen der Erbsyphilis bestanden nicht, wohl aber Degenerationszeichen und Infantilismus. Das Bild der Erkrankung entsprach dem der klassischen Paralyse: neurasthenisches Vorstadium, expansives Hauptstadium etc. Kurt Boas.

Wilhelm Möckel, Epilepsie und Dauerresultate. (Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Heidelberg.) (Inaug.-Diss. Heidelberg 1915.) Verf. bespricht zunächst die verschiedenen chirurgischen Methoden der Epilepsiebehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate. Hingewiesen wird besonders auf die Duradrainage nach Wilms, die Verf. auch experimentell an Tieren studiert hat. Was die Dauererfolge der chirurgischen Epilepsiebehandlung an der Heidelberger Chirurgischen Universitätsklinik betrifft, so beläuft sich das Material innerhalb 3 Jahren auf 20 Fälle, von denen 12 nachuntersucht werden konnten. Von diesen gehörten 5 zur traumatischen allgemeinen, 3 zur traumatischen Jacksonschen und 4 zur genuinen Form. Es wurden nach dem Vorgange von F. Krause Fragebogen mit 8 Fragen an die Patienten zur Ausfüllung versandt. Die betreffenden Krankengeschichten sind im Original einzusehen. Die Resultate waren folgende: 3 Patienten = 25% sind geheilt, 3 = 25% gebessert, und bei 6 = 50% war die Operation erfolglos. Da bei 4 genuinen einmal, bei 8 traumatischen zweimal Heilung eintrat, so sind die Erfolge bei beiden Formen gleich. Todesfälle im Anschluß an die Operation wurden nicht beobachtet. Bei einem geheilten Falle liegt die Operation 3 Jahre zurück, bei einem 2 Jahre, bei einem dritten $1^1/_2$ Jahre. Gemeinsam haben alle drei geheilten Fälle das jugendliche Alter (Knaben von 6, 7 und 12 Jahren). Es wurde verhältnismäßig frühzeitig nach Ausbruch der Epilepsie operiert. Zwei der Fälle gehörten der traumatischen, einer der genuinen Form an. Es traten noch kürzere oder längere Zeit nach der Operation Anfälle auf, die dann von selbst verschwanden. Geistig sind die Kinder nicht zurückgeblieben. Von den drei gebesserten Fällen wurde übereinstimmend gutes Allgemeinbefinden und seltene Anfälle gemeldet. Möglicherweise geht auch hier noch ein Fall in Dauerheilung über. Von den übrigen durch die Operation nicht gebesserten Fällen gehören zwei der trau-

matischen, drei der genuinen Form an. Bei dreien davon waren psychische Störungen vorhanden; drei nicht geheilte Patienten sind bereits an den Folgen ihrer Krankheit gestorben; zwei davon unter zunehmenden Anfällen im Status epilepticus. Hier war also die Operation völlig ergebnislos, obwohl in allen drei Fällen die Anfälle nach der Operation für kurze Zeit schwächer und seltener wurden, dann aber um so heftiger wiederkehrten. In einem Falle handelte es sich um eine schwere traumatische Epilepsie, in den anderen beiden um genuine Formen, bei denen die ersten Anfälle 9 und 11 Jahre zurückliegen. Beide waren psychisch dement. Schließlich bei den letzten nicht gebesserten Fällen liegt der Beginn der Epilepsie auch 4 bzw. 6 Jahre zurück, und auch hiervon ist einer dement. Aus dem Ergebnis der nachuntersuchten Fälle kann man folgende Schlüsse ziehen: Die Aussicht auf Heilung ist am größten, wenn es sich um jugendliche Patienten handelt und wenn zwischen dem Ausbruch der Epilepsie und der Operation eine nicht zu lange Zeit liegt. Bei Kindern soll man auch operieren, wenn die geistigen Fähigkeiten schon im Rückgange begriffen sind, da sich das kindliche Gehirn wieder erholen kann. Bei Patienten mit Seelenstörungen, besonders bei solchen, bei denen die Epilepsie schon jahrelang besteht, ist die Operation aussichtslos. Anfälle, die nach der Operation weiter bestehen, können nach Monaten von selbst verschwinden. Ebenso können Lähmungen vorübergehend nach der Operation auftreten (wie in zwei Fällen des Verf.s). Es ist vorteilhafter, die Trepanationsöffnung an der Schädelbasis anzulegen, weil ein sonst leicht auftretender Hirnprolops und der Knochendefekt schon an sich den Patienten einer beständigen Gefahr durch Traumen aussetzen. Mit dem Ergebnis der Nachuntersuchung: 25% Heilung und 25% Besserung, kann man sehr zufrieden sein, denn bei jedem zweiten Patienten war also die Operation von Erfolg begleitet, und man kann deshalb die chirurgische Behandlung aller Epilepsieformen mit Ausnahme der mit Demenz einhergehenden als wohlberechtigte Maßnahme empfehlen.

Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

W. Einthoven (Leiden), Über Bindeelektroden nebst einigen Bemerkungen über das Kinder-E.-K.-G. (W. m. W. 1916 Nr. 14.) Um die Hand und den Unterarm — oder um den Fuß und das Unterbein — wickelt man eine flanellene Binde, die zuvor in 20%iger Kochsalzlösung getränkt worden ist. Über die Binde wickelt man galvanisierten Eisendraht in zahlreichen Windungen. Man nehme z. B. Draht von 0,5—1 mm Stärke und lege 10—20 Windungen an. Danach lege man eine zweite, gleichfalls in 20%iger Kochsalzlösung getränkte flanellene Binde an, die den Draht mit Ausnahme eines kleinen hervorstehenden Endstückes gänzlich bedeckt.

Schließlich umwickelt man das Flanell mit einer Kautschukbinde, wodurch die Elektrode isoliert und zugleich gegen Austrocknung gesichert wird. Das hervorstehende Drahtende verbindet man mit dem Galvanometer.

Wenn man mit derartigen Elektroden arbeitet, kann die Lage des Patienten beliebig geändert werden, während seine Bewegungen praktisch keine Veränderungen des Widerstandes oder der Polarisation herbeiführen.

Widerstandsmessungen des menschlichen Körpers bei Ableitung mittels Bindeelektroden ergaben dasselbe Resultat wie mittels der Tonzelleelektroden, während der Widerstand der Elektroden selbst bei der Aufnahme eines E.-K.-G. ohne jede Bedenken vernachlässigt werden darf. Auch die Polarisation ist bedeutungslos.

Von besonderem Interesse ist die Anwendung der Bindeelektroden bei der Aufnahme des Kinder-E.-K.-G.

Obgleich Verf. keine konstanten Unterschiede zwischen einem normalen E.-K.-G. eines Kindes und eines Erwachsenen hat konstatieren können und z. B. die zu seiner Verfügung stehende Kurve eines gesunden, 7 Monate alten Kindes vollkommen mit derjenigen älterer Menschen übereinstimmt, gibt es doch wohl Andeutungen, daß man die Form eines Kinder-E.-K.-G. auf besondere Weise beurteilen muß.

Pathologische Abweichungen des Herzens, die man perkutorisch und auskultatorisch deutlich konstatieren kann und die auch mit Erscheinungen wie Dyspnoe und Zyanose verbunden sind, rufen oft nur geringe Veränderungen in der Form des Kinder-E.-K.-G. hervor. Wo Verf. auf Grund von bei Erwachsenen erhaltenen Resultaten größere Veränderungen erwartet hatte, fand er bei Kindern bisweilen nichts Sonstiges als niedrige T_1- und T_2-Zacken, bisweilen sogar auch gar keine nennenswerte Abweichung.

Dagegen wurden in anderen Fällen merkwürdige Kurven registriert. Verf. reproduziert die E.-K.-G. eines 7 Monate alten Kindes bei den drei üblichen Ableitungen, das einen komplizierten Herzfehler hatte und unter anderem eine ausgiebige Verschiebung der Herzgrenzen nach rechts zeigte. Bei allen drei Ableitungen sind hier die T-Zacken negativ, welche Erscheinung man in der Elektrokardiographie nicht oft findet.

Lageveränderungen des Herzens scheinen bei Kindern häufiger vorzukommen als bei Erwachsenen. Wie schon in einer früheren Arbeit gezeigt wurde, ist der Einfluß, den eine Lageveränderung auf die Form des E.-K.-G. ausübt, charakteristisch. Geringe Drehungen des Herzens um eine vertikale oder horizontale Achse herum, so wie sie z. B. durch tiefe Atembewegungen hervorgerufen werden, zeigen sich scharf und unmittelbar in der Form der Kurve. Der Situs inversus viscerum stellt wohl das schlagendste Beispiel einer Herzdrehung dar und ist auch schon wiederholt elektrokardiographisch untersucht worden. Wenn die Lageveränderung des Herzens aber in einer sich selbst parallelen Verschiebung besteht, so bleibt das E.-K.-G. nahezu unverändert.

Das E.-K.-G. ist ein leichtes und sicheres Hilfsmittel, die Natur einer Lageveränderung des Herzens zu bestimmen. Bei 2 Kindern war Verf. auf Grund der Ergebnisse der perkutorischen Untersuchung der Stelle des Herzstoßes und namentlich des deutlichen, scheinbar entscheidenden Röntgenbildes zuerst versucht, das Vorhandensein von

Situs inversus cordis anzunehmen. Als er jedoch die E.-K.-G. aufnahm, wurde er eines Besseren belehrt. Die Kurven zeigten entschieden, daß in beiden Fällen die beobachtete Dextrokardie durch eine Verschiebung des Herzens erklärt werden mußte.

Es wurden 6 Kinder untersucht, bei denen das Vorhandensein eines angeborenen Herzfehlers, wahrscheinlich einer offenen Kammerscheidewand, vermutet wurde. Zwei von ihnen hatten die T-Zacken bei den Ableitungen I und II niedriger als normal, und zwei andere zeigten keine nennenswerten Abweichungen des E.-K.-G. Die beiden Restierenden waren Geschwister und zeigten E.-K.-G. von seltsamer Form. Ihr Vater, der gleichfalls eine krankhafte Herzabweichung gehabt und dieselben klinischen Erscheinungen wie seine Kinder gezeigt hatte, war eines plötzlichen Todes gestorben.

Verf. reproduziert je eine E.-K.-G. der Kinder. In einer besteht die QRS-Gruppe aus zwei sehr großen Zacken, von denen die eine ungefähr ebensoviel als die andere unter die Nullinie reicht. In der zweiten besteht die QRS-Gruppe aus drei Zacken, die an Größe nicht sehr voneinander verschieden sind. Die erste und letzte derselben sind abwärts gerichtet, während die mittlere sich aufwärts erhebt.

Die Kinder waren 9 bzw. 10 Jahre alt. Grätzer.

Pouliot, Le poudre de lait dans la limentation des nourrissons. (Journ. de médecine de Paris 1914 No. 8.) Bei normalen Säuglingen wende man halbfettes Milchpulver an, bei älteren fettes, ohne Darmkatarrh befürchten zu müssen.

Über die anzuwendenden Dosen orientiert die folgende Tabelle.

Gewicht des Kindes in kg	Gew. pro Mahlzeit in g			Zahl der Suppenlöffel, 12—14 g enthaltend	Zahl der Mahlzeiten in 24 Stunden	Gewicht des Pulvers in g			
	Pulver		Zucker			In 24 Std.		Pro Woche	
	Minimum	Maximum				Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
2—2½	2	3	1½	2—3½	8	16	24	112	168
2½—3	4	5	1½	3—4	8	32	40	224	280
3—4	4½	8	2	3—5	8	36	64	252	448
4—5	5	10	2½	4—5½	7	35	70	245	490
5—6	7	12	3½	5—6½	7	49	84	343	588
6—7	8½	15	3	6—8	7	60	105	418	735
7—9	12	20	3	7—10	7	84	140	588	980

Bei halbfettem Milchpulver braucht man wenig Zucker zuzugeben, bei fettem reichlich.

Trockenmilch verwende man besonders bei den Magendarmstörungen der Säuglinge. Bei Diarrhoe und akuten Darmstörungen gebe man Pulver aus Magermilch mit wenig Wassergehalt. Man kann dann durch ständig wachsende Mengen von Fettmilchpulver allmählich wieder zur Milchdiät übergehen.

Bei Magenstörungen gebe man ebenfalls Trockenmilch und zwar, wie von Gallois vorgeschlagen, als dicken Rahm.

Bei chronischen Enteritiden, die zu Athrepia neigen, wird Trockenmilch besser vertragen als alle übrigen Präparate. Sie führt zu schnellen Gewichtszunahmen.

Verf. führt eine Reihe von Äußerungen aus der Literatur an, welche die Wertschätzung des Mittels erweisen. Kurt Boas.

P. Marie et **J. Lhermitte,** Les lésions de la chorée progressive (chorée d'Huntington). La dégénération atrophique cortico-striée. (Annales de Méd. I. 1914. No. 1. p. 18.) Der vorliegenden Arbeit liegen vier ausführlich pathologisch-anatomisch untersuchte Fälle von Huntingtonscher Chorea zugrunde. Es wird zuerst eine ausführliche Besprechung der pathologischen Läsionen (Hirnrinde, Neuroglia, konjunktivo-vaskuläres Gewebe, Meningen, Blutgefäße, perivaskuläre Scheiden, Herdläsionen, zentrale weiße Substanz, Zentralganglien, Regio subthalamica, cortico-bulbäres, cortico-positives cortico-spinales Projektionssystem, Zerebellarapparat) geboten. Es folgt eine Synthese der enzephalischen Läsionen, im Anschluß an welche die Bedeutung der cortico-strialen Läsionen geschildert wird. Alsdann wird auf die Natur des Prozesses eingegangen und schließlich die Pathogenese der Symptome abgehandelt.

Der Tenor der Ausführungen des Verf.s ist, daß die Chorea chronica progressiva eine Erkrankung organischer Natur und daß die bei ihr auftretenden Läsionen zu suchen sind in einer atrophischen Degeneration der Hirnrinde und des Corpus striatum. Die Verquickung dieser beiden Läsionen gibt der Erkrankung ihr charakteristisches Gepräge.

Die Literatur ist vollständig berücksichtigt. Kurt Boas.

Walter B. Swift, The voice sign in chorea — Technic of elicitation Studies in neurologic technic No. 3. (Amer. Journ. of Diseases of children. LX. p. 132. 1915.) Die Technik zur Auslösung des Stummphänomens bei der Chorea besteht darin, daß man den Kranken auffordert, ein verlängertes „a" wie in „are" auszusprechen und auf die Veränderungen in der Tonhöhe und Intensität des Vokals zu achten, worin das Phänomen besteht. (Vgl. auch die früher im Jahrgang 1915 dieses Zentralblattes vom Verf. referierten Arbeiten des Verf.s.) Kurt Boas.

G. Bergmark, Zuckerresorption und Blutzuckerspiegel. (Nordisk medicinisk Arkiv 1914/1915. Festschrift für Prof. Dr. J. F. Edgren.) Verf. untersuchte mittels der Mikromethode von Bong den Ablauf der alimentären Blutzuckerveränderungen und gelangte dabei zu folgenden Ergebnissen:

Nach Aufnahme von Saccharose ist die Erhöhung des Blutzuckerspiegels größer als nach Aufnahme einer gleichen Menge Laktose; die Maltosekurve liegt in der Mitte.

Nach Einnahme von Dextrose findet ein erheblich höherer Anstieg des Blutzuckerspiegels statt als nach ganz analoger Zufuhr einer gleichen Menge von Lävulose.

Der Verlauf des Blutzuckerspiegels ist kein Maß für die Resorptionsgeschwindigkeit des Zuckers. Kurt Boas.

R. G. Freeman, Freiluftbehandlung der Pneumonie und Anämie bei Kindern. (Amer. Journ. of the med. Sciences. 1916 No. 1.) Eine ebenso wichtige Rolle wie falsche Ernährung spielt bei der Entstehung der Krankheiten der Kinder die mangelhafte Zufuhr

von frischer Luft. Dies gilt besonders für die Pneumonie. Sie tritt besonders bei Kindern und im Winter auf, wenn die Kinder nicht genügend ins Freie kommen. Behandelt man die Kinder in freier bewegter Luft, so ist der Verlauf der Pneumonie kürzer und leichter, die Mortalität geringer. Von überaus günstigem Einfluß ist die Freiluftbehandlung auch bei Blutkrankheiten, z. B. bei einfacher und schwerer Anämie und Leukämie im Kindesalter. Kurt Boas.

D. Riesman, Leichter Diabetes bei Kindern. (Ebenda. Januar 1916.) Bei Kindern kommt auch leichter Diabetes vor. Er tritt häufig familiär auf. Im Urin findet sich wenig Zucker, der manchmal nach Aufregungen steigt. Es besteht hohe Kohlehydratintoleranz, keine Hyperglykämie. Die Krankheit ist nicht progressiv, sondern bleibt stationär oder heilt aus. Die leichten Fälle im Kindesalter sind gewöhnlich von der Form des Nierendiabetes.
Kurt Boas.

Samuel Gonioudsky, Le rôle du facteur météorologique dans l'épilepsie. (Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik in Genf.) (Thèse de Genève 1914.) Verf. hat umfangreiche Untersuchungen über den Einfluß der Witterung auf das Auftreten epileptischer Anfälle angestellt, die tabellarisch zusammengestellt sind. Die sich daraus ergebenden Schlußfolgerungen sind im wesentlichen folgende:

1. Die Jahreszeiten scheinen keinen Einfluß auf das Auftreten der epileptischen Anfälle auszuüben.
2. Dasselbe gilt von der Temperatur.
8. Ebenso verhält es sich mit dem barometrischen Druck.
4. Es ist daher unmöglich, einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von epileptischen Anfällen und den Sonnen- oder Regentagen festzustellen. Kurt Boas.

A. Norgaard (Däne), Eine Methode zu quantitativer Eiterbestimmung vermittelst Wasserstoffsuperoxyds. (Aus der Abteilung für Kinderkrankheiten des Reichshospitals.) (Ugeskrift for Läger. 1915 Nr. 26.) Eiterzellen enthalten Stoffe (Katalase), die Wasserstoffsuperoxyd spalten, und die dabei entwickelte Luftmenge gibt ein Maß für die Menge der Eiterzellen. Indem der Verf. sich auf diese Tatsache stützte, hat er zwei verschiedene Pyometer konstruiert. Die Apparate sind leicht in jedem Krankenhauslaboratorium zu konstruieren, die Methode ist schnell und billig. Als Maßeinheit diente das Verhältnis zwischen der entwickelten Luftmenge und der angewandten Harnmenge. Diese Zahl, die Oxydolzahl, läßt sich sehr leicht ablesen. Der Harn muß neutral oder sauer sein, so daß also nur saure Pyurien untersucht werden können; der Harn darf nicht faul sein, deshalb werden einige Borsäurekristalle dem Harn während der Aufsammlung zugesetzt. Harnsaure und oxalsaure Salze, Eiweiß und Zucker sind ohne Einfluß auf die Reaktion. Die zwei Formen von Pyometer, die näher beschrieben werden, wurden mehr als 800 mal in der Kinderabteilung zur Bestimmung der Eitermenge des Harns bei Patienten, die an sauren Pyurien litten, angewandt. Alle die Proben zeigten mit dem Befund

bei der bei allen den Patienten vorgenommenen Mikroskopie des Harns vollständige Übereinstimmung.

Kurven zum Nachweis der Eiterausscheidung wurden leicht dargestellt, indem man die Oxydolzahlen als Ordinate und den Zeitpunkt für die entsprechenden Harnproben als Abszissen anwendet. Man bekommt dadurch Bilder, dem klinischen Verlauf der Krankheit gut entsprechend. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Engelhorn: **Typhusschutzimpfung bei Schwangeren und Wöchnerinnen.** Vortr. berichtet über Typhusschutzimpfung bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Auf Grund seiner bei 70 Schwangeren und 50 Wöchnerinnen vorgenommenen Impfungen mit 0,5, 1,0 und 2,0 ccm Impfstoff kommt Vortr. zu folgenden Schlüssen. Sowohl während der Schwangerschaft (zweite Hälfte) als auch im Wochenbett kann die Typhusschutzimpfung ohne Schaden für Mutter und Kind vorgenommen werden. Abgesehen von leichten Störungen des Allgemeinbefindens traten keinerlei Schädigungen ein; eine Unterbrechung der Schwangerschaft wurde in keinem der 70 Fälle beobachtet. Erfahrungen darüber, wie die Typhusschutzimpfungen in den ersten Monaten vertragen werden, stehen dem Vortr. bisher nicht zur Verfügung. Die Untersuchung des Nabelschnurblutes neugeborener Kinder (37), deren Mütter während der Schwangerschaft einer Typhusschutzimpfung unterzogen waren, zeigte in keinem Fall Agglutination; es scheinen demnach die im mütterlichen Organismus im Anschluß an die Schutzimpfung auftretenden Schutzstoffe nicht auf das Kind überzugehen.

(Mediz.-naturwiss. Gesellsch. in Jena, 9. Dez. 1915.)

Thost: **Fremdkörper im Ösophagus.** Der $3^1/_2$jährige Knabe hatte beim Spielen am 26. Oktober einen Pfennig verschluckt. Der Knabe sagte das zwar seiner Mutter, da er aber Brot, Äpfel und seine Nahrung zu sich nehmen konnte und nur gelegentlich angab, daß etwas stockte, nahm man an, daß die Münze ruhig den Darm passiert habe. Die Beschwerden steigerten sich aber; schließlich konnte nur Milch in kleinen Schlucken genommen werden. Am 5. November wurde von Dr. Haenisch ein Röntgenbild angefertigt, das die Münze in der Längsachse des Ösophagus etwa in der Mitte des Sternums zeigte. Darunter sah man eine große, mit Luft gefüllte helle Stelle. Der Wismutbrei, der sich an der Münze staute, floß nur in dünnen Streifen nach unten. Haenisch schloß daraus auf eine Schwellung und Veränderung der Schleimhaut unterhalb des Fremdkörpers. Jedenfalls riet er zu größter Vorsicht bei den Extraktionsversuchen. Werner nahm eine ventilartige Verschließung der Speiseröhre durch die Münze an. Es wurde sogleich in Chloroformnarkose das Kind in Schwebelaryngoskopie untersucht und in dieser Lage das Rohr einzuführen versucht. Das Rohr ließ sich in dieser Lage aber nur mit Schwierigkeiten vorwärts schieben, so daß mit Rücksicht auf die angenommene Veränderung der Wand das Kind auf den Schoß einer Schwester gesetzt wurde, und nun ließ sich im Sitzen ein Rohr von 7 mm Lichtung leicht einführen. Der Ösophagus war an einer Stelle erweitert, die Wand sah aber glatt und normal aus. Nach guter Einstellung und Einführen eines Verlängerungsrohres sah man auf Momente beim Schlucken den Rand der Münze im Gesichtsfeld. Mit einer schlanken Häkchenzange gelang es beim ersten Versuch, die Münze zu fassen und mit dem Rohr zu extrahieren. Es zeigte sich nun, daß nicht ein, sondern zwei aneinander geklebte Pfennigstücke verschluckt waren, die sich fest deckten. Soweit sich die Schleimhaut übersehen ließ, war von einer Veränderung der Ösophaguswand nichts zu sehen; man muß also eine einfache Erweiterung und Erschlaffung der Speiseröhre an der Stelle, wo der Fremdkörper lag, annehmen. Das Kind ist seitdem wohl und schluckt ohne Beschwerden. (Ärztl. Verein in Hamburg, 16. Nov. 1915.)

Marchand: a) **Akardius.** — b) **Diffuse Fibromatose der Mamma bei einem 12jährigen Mädchen.** a) Kopf und Rumpf des 17 cm langen Gebildes sind nicht voneinander abzugrenzen. Der erstere ist überhaupt nur an einem kleinen

Haarschopf zu erkennen. Am unteren Ende zwei Extremitätenstümpfe ohne Füße. Im Röntgenbild in diesen rechts Tibia und Fibula, links nur die Fibula. Ferner im Röntgenbild Becken mit zwei Oberschenkeln, eine Wirbelsäule mit Rippen, keine Halswirbelsäule und keine Kopfknochen. Die Nabelschnur inserierte am oberen Pol des Akardius und an der Placenta marginal. Der von dem Amnion des Akardius eingenommene Raum der (Zwillings-) Plazenta betrug etwa ein Sechstel der ganzen Plazenta. Die Zwillingsfrucht war 44 cm lang, starb bald nach der Geburt und zeigte zweifellose Zeichen von Syphilis. — b) Es handelt sich um eine schnell entstandene echte Geschwulstbildung der Mamma, die sich von den gewöhnlichen Fibroadenomen durch die gleichmäßige Vergrößerung der ganzen Drüse (5—6 zu 2 cm) unterscheidet. Mikroskopisch liegt ein zellarmes, faseriges Bindegewebe vor mit spärlichen Resten von Drüsengewebe, vorwiegend von Ausführungsgängen.

(Mediz. Gesellsch. Leipzig, 25. Jan. 1916.)

Feer: **Demonstration eines $3^1/_2$ jährigen Knaben mit chronischem, zerebralem Tremor.** Zangengeburt. Mit $^1/_4$ Jahr Gichter. War immer auffällig erregt. Das Zittern wurde im Alter von 2 Jahren nach Keuchhusten bemerkt, verlor sich nie mehr, wurde allmählich stärker. Lernte mit 2 Jahren notdürftig gehen, seit einigen Wochen ist dies nicht mehr möglich. Status: Gut gebaut, 12,7 kg schwer, 90 cm lang, frei von Rachitis. Kopf gut geformt, 52 cm Umfang (Durchschnitt in diesem Alter 50 cm), Fontanelle geschlossen. Im Schlafe völlige Ruhe der Muskeln. Sofort nach dem Erwachen setzt heftiger Tremor aller vier Extremitäten ein, kontinuierlich bis zum Einschlafen (14 tägige Beobachtung im Spital), der den ganzen Körper und oft die Bettstelle erschüttert. Der Tremor ist grobschlägig, langsam (Schütteltremor), am stärksten an den Händen, wird durch Aufregung und Anstrengung verstärkt. Kein Intentionszittern, keine Ataxie. Gesicht und Zunge (Rumpf?) nicht beteiligt. Gebrauch der Hände durch das Zittern erschwert. Kann vornübergebeugt sitzen, freies Gehen unmöglich. Allgemeine Hypertonie der Strecker der Extremitäten. Patellarreflex gesteigert. Babinski negativ. Elektrische Erregbarkeit normal, ebenso Augen und deren Hintergrund. Sehr unruhig und reizbar. Leichte geistige Debilität, Wassermann und Pirquet negativ. Als Ursache für das äußerst seltene Krankheitsbild, das von dem schweren Tremor beherrscht wird, fallen die gewöhnlichen Krankheiten außer Betracht, die gelegentlich zu lange dauerndem, meist aber halbseitigem oder beschränktem Tremor führen (Zerebralparalyse, Konglomerattuberkel usw.); Paralysis agitans (mit der am meisten Ähnlichkeit besteht), multiple Sklerose, Hysterie sind auszuschließen, ebenso der seltene idiopathische hereditäre Tremor, der bisweilen schon in diesem Alter beginnt. Das Bild gleicht sehr dem „akuten, zerebralen Tremor" (Zappert), der nicht ganz selten nach akuten Infektions- oder Darmkrankheiten bei 1—2 jährigen Kindern auftritt, aber spätestens nach 2—3 Monaten abläuft. Im vorliegenden Falle muß der Tremor auf einen (latenten) Hydrocephalus chron. int. bezogen werden, da das Lumbalpunktat bei sonst normaler Beschaffenheit bei zweimaliger Entnahme einen Druck von 42 bzw. 45 cm Wasser im Liegen ergab (also dreimal so hoch war), woraus sich auch die übrigen Erscheinungen (Spasmen, erhöhte Reflexe, geistige Debilität) erklären. Die Ätiologie des Hydrozephalus ist unklar; ein Tumor scheint bei dem langen Bestande ausgeschlossen. Der Hydrocephalus chron. macht sonst nicht so anhaltenden und allgemeinen Tremor.

(Gesellsch. der Ärzte in Zürich, 6. Nov. 1915.)

W. Latzko: **Ein Fall von rudimentärer Hämophilie.** Das Präparat, das Vortr. demonstriert, hat er durch Operation einer 12 jährigen Kaufmannstochter gewonnen. Dieselbe entstammt einer Familie, in der auffallend starke und lang anhaltende Blutungen aus nichtigen Anlässen mehrfach beobachtet wurden. So war bei der kleinen Pat. selbst eine Blutung nach Extraktion eines Milchzahnes schwer zu stillen; ein Bruder hat eine beängstigende Blutung nach einem seichten Schnitt in den Finger gehabt. Die Mutter selbst und deren Schwester haben gelegentlich der ersten Menstruation außerordentlich heftig geblutet. Es erscheint nach diesen Antezedentien wahrscheinlich, daß es sich nicht um eine echte Bluterfamilie, sondern um eine rudimentäre Form dieser Erkrankung handelt, wie sie Immermann in seiner Studie als verhältnismäßig häufig annimmt. Als Vortr. zu der Pat. gerufen wurde, war sie seit 14 Tagen zum ersten Male menstruiert. Die Blutung war sehr heftig, so daß der behandelnde Arzt sie durch

Ergotininjektionen zu bekämpfen trachtete. Es bestand hochgradige Anämie; Temperatur war etwas erhöht, Puls über 100, klein; aus dem Genitale rieselte hellrotes Blut. Beim Eingehen in die Vagina durch den Hymen annularis mit dem kleinen Finger erweist sich dieselbe durch große Blutkoagula maximal ausgedehnt, Uterus klein, anteflektiert. Es werden heiße Vaginalspülungen, Eisbeutel auf den Unterbauch und Pituitrininjektionen angeordnet. Nach 3 Tagen, am 9. Dezember v. J., wird die Pat. wegen andauernder Blutung und bedrohlicher Zeichen zunehmender Anämie in eine Anstalt überbracht. Die Anämie war tatsächlich eine so hochgradige, die wachsgelbe Farbe des Gesichtes, die Blässe der Schleimhäute, die seit gestern bestehenden Übelkeiten und Schlafsucht sprechen so deutlich, daß ein weiteres Zuwarten bzw. ein Zeitverlust durch weitere therapeutische Versuche bedenklich erscheinen mußte. So entschloß Vortr. sich schweren Herzens — zum ersten Male in seinem Leben bei einem Kinde — zur supravaginalen Amputation. Beide Ovarien waren stark vergrößert; eines hat er behufs Untersuchung entfernt. Als einzig bemerkenswerte Tatsache aus der Operationsgeschichte wäre hervorzuheben, daß zur Blutstillung innerhalb des Bauchschnittes ungefähr 30 Ligaturen angelegt werden mußten. Der Eingriff selbst war ohne Besonderheit. Die Rekonvaleszenz war ungestört. Die subfebrilen Temperaturen bestanden — wie gewöhnlich bei schweren Anämien — in nächster Zeit weiter, und die Kranke erholte sich langsam. Am Präparate erkennt man noch jetzt die enorme Anämie. Am Ovar fällt eine ausgedehnte kleinzystische Degeneration auf. Der Uteruskörper mißt $4^1/_2 : 4 : 2^3/_4$ cm. Das histologische Bild ist das einer menstruierenden Schleimhaut. Ob es sich hier um eine echte Hämophilie gehandelt hat bzw. handelt, ist bezüglich der unter dem Zwange einer Indicatio vitalis gewählten Therapie gleichgültig. In dem vorliegenden Falle war eine momentane Blutstillung unbedingt geboten und der eingeschlagene Weg jedenfalls der einzige, der mit absoluter Sicherheit zum Ziele führen mußte. Allerdings wird man sich bei schwerer Hämophilie, wie sie durch Heredität, durch das Hervortreten des männlichen Geschlechtes als Träger, des weiblichen als Überträger (Konduktoren) der eigentümlichen Blutbeschaffenheit, endlich, wie Schauta richtig hervorhebt, durch die Unheilbarkeit des Leidens charakterisiert ist, eher zu radikalem Vorgehen entschließen, als bei den rudimentären Formen. Vor allem deshalb, weil die Aufhebung der Fortpflanzungsfähigkeit solcher weiblicher Individuen vom Standpunkte der Eugenik aus als wünschenswert bezeichnet werden muß. In anderen Fällen schwer stillbarer Menstruationsblutung, mögen sie als rudimentäre Hämophilie oder sonstwie anzusprechen sein, wird man fast immer mit konservativen Maßnahmen das Auslangen finden. Neben den allgemein üblichen Blutstillungsmitteln wäre bei allen Formen der Hämophilie die Steigerung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch intravenöse oder subkutane Injektion von humanem — im Notfalle von normalem Tierserum —, wie sie der Franzose Weil zuerst empfohlen hat, in Betracht zu ziehen. Vortr. hat allerdings von dieser Therapie nur ausnahmsweise Erfolge gesehen. Ob die lokale Anwendung von Strumapreßsaft in 20%iger Verdünnung, den Schlössmann nach Tierversuchen als der Seruminjektion überlegen empfiehlt, schon praktisch nachgeprüft wurde, ist Vortr. nicht bekannt. Aussichtsreicher wäre vielleicht die lokale Applikation des jedenfalls leichter zu beschaffenden Koagulen Kocher-Fonio. (Geburtshilfl.-gynäkol. Gesellsch. in Wien, 14. März 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1]

* **Purium, einen neuen Steinkohlenteerester,** Fabrik Dr. F. Michaelis in Berlin-Schöneberg, hat Dr. Chajes (Berlin-Schöneberg) bei etwa 400 Patienten benutzt (Ekzeme, Herpes tonsurans, Lichen, Psoriasis usw.). Auf Grund seiner Erfahrungen erscheint Verf. das Purium als ein Präparat, das unter den zurzeit bekannten Steinkohlenteerpräparaten die Wirkungsweise des unverdünnten Steinkohlenteers am ehesten erreicht, dabei aber auch eine Applikation in schwächeren und stärkeren Konzentrationen ermöglicht, die unangenehmen Nebenerscheinungen des unver-

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



dünnten Steinkohlenteers, Geruch und Farbe, vermeidet und auch durch seine Preisstellung seine Verwendung besonders in der Kassenpraxis zuläßt.

(Derm. Wsch. 1914 Nr. 42.)

* **Eine neue Methode der künstlichen Blutleere.** Von Dr. E. Sehrt (Freiburg). Verf. benutzt seit einigen Monaten ein Instrument (zu beziehen bei Firma Fischer, Freiburg i. Br., Kaiserstraße), das bei leichtester Anwendungsmöglichkeit so gut wie absolut sicher funktioniert. Es ist dies eine aus bestem Stahl hergestellte tasterzirkelartige Klemme, deren Branchen durch die Flügelschraube an dem Gewinde beliebig fest geschlossen werden können, wobei sie sich dicht aneinander vorbeischieben. Verf. überzieht die Branchen mit einem dicken Gummischlauch; hat man ihn nicht, kann man sie mit Gaze oder Watte umwickeln, um die zusammengepreßten Gewebe nicht zu schädigen. Eine Schädigung hat Verf. in den 8 Monaten, in denen er die Klemme zur Blutstillung benutzt hat, nie beobachtet. Die Klemme wird in der Weise angelegt, daß sie maximal geöffnet über das Glied gestülpt wird. Dabei ist es zweckmäßig, darauf zu achten, daß die eine Branche über dem Laufe des betreffenden großen Gefäßes zu liegen kommt, so beim oberen Drittel des Oberschenkels an der Innenseite, beim unteren Drittel an der Rückseite des Oberschenkels usw. Ist die Klemme über das Glied gestülpt, wird sie so fest wie möglich zugeschraubt. Die Blutleere ist, wie sich Verf. bei mancher Amputation überzeugen konnte, ideal und erregt immer das Staunen der Zuschauer. Dann hat die Klemme noch den Vorteil, daß sie z. B. beim Oberschenkel hoch oben in der Leistenbeuge angelegt werden kann, ebenso leicht und mühelos wie weiter unten —, bekanntlich erfordert eine so hohe Blutleere mit dem Esmarchschen Schlauch doch eine recht ordentliche Vorkenntnis und Übung. Wie am Beine kann man sie bequem auch am Arme anlegen. Wie bequem es möglich ist, daran kann jeder an seinem eigenen Leibe sich überzeugen. Wenige mühelose Drehungen der Flügelschraube genügen, um den Radialispuls verschwinden zu lassen. Im Anfange dachte sich Verf., die Klemme gerade wegen ihrer großen Handlichkeit und leichten Gebrauches dem Soldaten im Felde zur Stillung schwerer Blutungen empfehlen zu können, denn jeder halbwegs intelligente Laie kann sich ein Glied auf diese Weise selbst mit überaus geringem Kraftaufwand abschnüren. Verf. glaubt jedoch jetzt, dies nicht mehr tun zu dürfen, da die Klemme sicher viel zu oft und ohne Indikation angelegt würde und zu lange liegen bliebe. Für das Sanitätspersonal jedoch möchte er sie empfehlen. Wie schon erwähnt, sind die Hauptvorzüge des neuen Instrumentes die Leichtigkeit der Handhabung und die Sicherheit des Funktionierens. Ganz besonders angenehm empfindet Verf. den Gebrauch der Klemme, wenn bei Amputationen nach Unterbindung der Hauptgefäße die Schraube gelockert wird, um die Muskelgefäße bluten zu lassen und zu fassen. Tritt eine irgendwie stärkere Blutung auf, genügt ein Fingerdruck des Assistenten auf die Flügelschraube, um wieder vollkommene Blutleere herzustellen. Diese Tatsache ist beim Operieren am sowieso schon oft recht ausgebluteten Menschen von großer Wichtigkeit, es gelingt, den Blutverlust in operatione auf ein Minimum herabzudrücken. Bei der Binde, deren umständliche Abnahme unter dem sterilen Tuch und gar erst ihre evtl. wieder notwendige Anlegung im Falle stark eintretender Blutung wohl von jedem Operateur zu den Widerwärtigkeiten gezählt wird, ist und kann das nie der Fall sein. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 21.)

* **Über die Anwendung von Euphyllin zur Hebung der Diurese bei der Eklampsie.** Von Prof. Dr. Karl Reifferscheid. (Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik in Bonn.) Bei 16 aufeinanderfolgenden Fällen wurde stets durch Euphyllinsuppositorien (täglich 3 Stück à 0,36) prompte Wirkung erzielt; nur 1 Todesfall, trotzdem einige recht schwere Fälle vorlagen. Verf. rät deshalb, in jedem Fall von Eklampsie diese Therapie einzuschlagen.

(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 30.)

* **Zur Prophylaxe endogener Wochenbettfieber mittels 5‰iger Milchsäurespülungen während der Schwangerschaft.** Von Hans Thaler und Hans Zuckermann. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 153 Erst- und Mehrgeschwängerte, die sich alle im letzten oder vorletzten Monat der Schwangerschaft befanden. Es wurden nur jene Schwangeren zur Untersuchung herangezogen, bei denen die Durchführung einer genügend großen Zahl von Spülungen möglich schien. Die Sekretentnahme erfolgte in der Weise, daß nach weiter Lüftung der Labien der Zeigefinger der einen Hand in leicht gebeugter Haltung möglichst hoch in die

Vagina eingeführt und nach vollständiger Streckung mit etwas stärkerer Beugung mit Sekret behaftet wieder zurückgezogen wurde. Das so gewonnene Sekret der 2. Interphalangealfalte wurde zur Untersuchung benutzt. Unter den 153 untersuchten schwangeren Frauen befanden sich 47,7% mit deutlich erkennbarem Vaginalsekret. In all diesen Fällen wurde die Spültherapie eingeleitet. Die Frauen verblieben bis zur Entbindung in der Klinik, wurden nicht mehr untersucht und erhielten täglich eine Spülung mit 1 Liter steriler wässeriger, 5‰iger Milchsäurelösung. Während der Entbindung wurden die üblichen Untersuchungen vorgenommen. Nach Beendigung der Spülbehandlung wurde 24 Stunden nach der letzten Spülung eine neuerliche Sekretuntersuchung ausgeführt, worauf dann bis zum Geburtseintritt zugewartet wurde. Was die bakteriologischen Befunde angeht, so konnte in den meisten Fällen nach genügend häufiger Spülung die Verdrängung der ursprünglich pathologischen Flora durch die typischen grampositiven Döderleinschen Scheidenbazillen festgestellt werden. Die einzelnen Untersuchungsergebnisse wurden von den Verff. in einer großen Tabelle zusammengefaßt. Mehrere Mikrophotogramme von Deckglaspräparaten wurden beigefügt. Bezüglich der kulturellen Befunde vor und nach den Spülungen ließ sich auch hier ein günstiger, wenn auch nicht in demselben Maße wie bei den mikroskopischen Befunden auffallender Einfluß der Milchsäurespülungen erkennen. Etwas weniger günstig stellten sich die Erfahrungen hinsichtlich der Eliminierung der Streptokokken. Für einen Teil der Fälle dürfte eine Verlängerung der Spülbehandlung ratsam sein, um eine vollständige Umstimmung auch in kultureller Hinsicht aussichtsvoller zu gestalten. Besonders augenfällig waren die Resultate der Spülbehandlung dort, wo zuerst im Sekret ausschließliche Kokken oder Kokkenflora untermischt mit gramnegativen Stäbchen festzustellen war, grampositive Vaginalbazillen in geringer Menge vorhanden waren oder zu fehlen schienen und nun nach Abschluß der Behandlung eine sich ausschließlich aus Vaginalbazillen zusammensetzende Vaginalflora vorfand. Die Verff. gewinnen also auf Grund ihrer Untersuchungen die Überzeugung, daß durch methodisch während der Schwangerschaft ausgeführte Milchsäurespülungen Umstimmungen pathologischer Scheidensekrete in die normale Sekretform möglich sind, so daß die Frau nicht mit einem, zumeist eine Unmenge pathogener Bakterien enthaltenden pathologischen Sekrete, sondern mit einem mit einem mächtigen Schutzapparat ausgestatteten normalen Sekret in die Geburt eintritt. Zum Schluß sei noch erwähnt, daß pathologische Genitalsekrete auch außerhalb der Schwangerschaft durch Spülungen mit 5‰iger Milchsäure fast regelmäßig zumindest bakteriologisch gut beeinflußbar sind. (Mschr. f. Geburtsh. 42 H. 1.)

Mastisol zum Abdichten und Befestigen schlechtsitzender Injektionsnadeln. Von Dr. Riedl, k. k. Küstenschutzabteilung Pirano. Man bringt auf den horizontal gehaltenen Spritzenansatz mittels Stäbchens oder Knopfsonde 1—2 Tropfen Mastisol (oder eines seiner Ersatzmittel), läßt unter drehender Bewegung der Spritze einige Augenblicke verdunsten und steckt dann die Nadel an. Auch ein Fortschnellen der Nadel während des Einspritzens wird dadurch verhindert. Die Asepsis erleidet durch die Mastisoldichtung keine Störung. Um ein Verschmutzen durch harzige Bestandteile zu vermeiden, schwenkt man nach Gebrauch und vor dem Auskochen Nadel und Spritzenansatz in Benzin oder Petroläther aus. (M. m. W. 1915 Nr. 41.)

IV. Neue Bücher.

C. Seyfarth: **Die Dermoide und Teratome des Eierstocks im Kindesalter.** Wiesbaden, J. F. Bergmann. Preis: M. 4.—.

Eine zusammenfassende Bearbeitung der bisher bei Kindern gefundenen Neubildungen dieser Art liegt noch nicht vor, und wir müssen deshalb dem Verfasser dankbar sein, daß er diese Lücke ausfüllt und auf Grund von 171 in der Literatur veröffentlichten Fällen dieses wichtige Kapitel bearbeitet. Anatomischer Aufbau, Entstehung, klinisches Verhalten, Diagnose, Prognose und Therapie werden eingehend besprochen. Grätzer.

Lobsien-Mönkemüller: **Experimentelle praktische Schülerkunde.** Leipzig, B. G. Teubner. Preis: M. 4.—.

In dem Buche werden dem psychologisch interessierten Lehrer eine Reihe

von Untersuchungsmethoden in die Hand gegeben, die die experimentelle Pädagogik geschaffen hat, damit er sich auf Grund eigener Experimente eine bessere Grundlage für die Beurteilung der Eigenart seiner Schüler und ihrer Leistungen verschaffe. Auch die Erscheinungen, die das psychopathische Kind darbietet, werden besprochen. Das ausschließlich praktischen Bedürfnissen entsprechende Buch kann warm empfohlen werden. Grätzer.

B. Salge: **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** Berlin, Fisters Med. Buchhandlung.

Das Büchlein, das in 7. Auflage — die erste erschien 1904 —, ziemlich unverändert vorliegt, bedarf wohl kaum mehr einer Empfehlung.

Grätzer.

Außerdem gingen der Redaktion zu (Besprechung vorbehalten):

R. Fischl: **Wesen und Behandlung der Zystitis und Zystopyelitis im Kindesalter.** Leipzig, Repertorienverlag.

E. Fröschels: **Ratschläge für die Erziehung kleinerer Kinder.** Wien, M. Perles.

Neue Inauguraldissertationen.

(aus deutschen Universitäten).

Backes, J., Zur Statistik des Scharlachfiebers, besonders seiner Komplikationen (Bonn). — **Bähr, K.,** Das Skrophuloderma des ersten Lebensjahres, ein Beitrag zur Beurteilung therapeutischer Erfolge bei Tuberkulose (Göttingen). — **Bossemaier, A. K. H.,** Erhebungen über die Rachitis in Leipzig (Leipzig). — **Bronner, A.,** Ichthyosis palmaris et plantaris hereditaria (Straßburg). — **Cailloud, H.,** Über einen rechtsseitigen kongenitalen Zwerchfelldefekt beim Erwachsenen (Straßburg). — **Frohmaier, A.,** Untersuchungen über das Blutserum bei Chlorose (Tübingen). — **Geiger, W.,** Malignes Laboradenom bei einem $1^1/_4$jährigen Kinde (Würzburg). — **Gottron, H.,** Beitrag zur Kenntnis der juvenilen Paralyse und juvenilen Tabes (Heidelberg). — **Guter, A.,** Über kongenitalen Femurdefekt (München). — **Hardrat, W.,** Die Greifswalder Säuglingsfürsorge und ihr Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit (Greifswald). — **Klehmet, W.,** Wohlstand und Säuglingssterblichkeit (Greifswald). — **Kleinmann, J.,** Fall von angeborener Atresie des Ösophagus (Bonn). — **König, L. O. G.,** Diphtheriebehandlung in den Jahren 1903—1913 im Diakonissenhaus Dresden (Jena). — **Kroner, W.,** Todesursachen der Säuglinge in den ersten zehn Lebenstagen in der Universitäts-Frauenklinik Bonn, im Stadt- und Landkreis Bonn während der Jahre 1902—1912 (Bonn). — **Künzel, J.,** Prognose der Psychosen und Neurosen im Kindesalter (Bonn). — **Kusumi, K.,** Zwei Fälle von vollständigem Fehlen der linken Nabelarterie (München). — **Lüders, C.,** Bestrebungen zur Verhütung der Nabelinfektion (Marburg). — **Manlin, F.,** Die Menschenbluttherapie bei der Melaena neonatorum (Freiburg). — **Meysen, W.,** Kongenital enge Ureteren (Bonn). — **Neubeck, S.,** Forensisches und erbliche Belastung und Degenerierte (Bonn). — **Pröhl, F.,** Kuhpockeninfektion beim Menschen (Jena). — **Reissner, M.,** Beitrag zur Kenntnis der Drucksteigerung im jugendlichen Auge (Leipzig). — **Roether, K.,** Ulcus duodeni im Säuglingsalter (Greifswald). — **Rumpelt, E.,** Über einen sehr bemerkenswerten Tumor bei einem 5 Monate alten Kinde (Jena). — **Schott, L.,** Untersuchungen über den Fettstoffwechsel bei der Heubnerschen „schweren Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters“ (Heidelberg). — **Wagener, H.,** Masernepidemie auf dem Lande (Göttingen). — **Weissenfels, G.,** Heine-Medinsche Krankheit und Trauma (Greifswald). — **Winkler, A.,** Beitrag zur Altersbestimmung der Frucht (Jena). — **Zborowski, H.,** Verwachsungen des Plazentaramnions mit dem Kopfe und daraus resultierende Mißbildungen (München). — **Zuck, E.,** Orbitabefund bei Hydrocephalus congenitus internus.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. September 1916. Nr. 9.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Emil Flusser, Aus der Kinderpraxis im russischen Okkupationsgebiet. (D. m. W. 1916 Nr. 14.) Verf. teilt interessante Fälle von Fleckfieber und Diphtherie mit, ferner einen Fall von Ruhr, bei dem sich auch ein Sklerem und Noma vorfand, endlich einen Fall von Mongolismus.

Was diesen Fall von anderen Fällen gleicher Art unterschied, waren Veränderungen des Sehorgans, deren Vorkommen beim Mongolismus Verf. bisher nicht bekannt war. Das Kind hatte einen horizontalen Nystagmus, die Bulbi waren dabei nach oben gedreht, so daß nur die untere Hornhauthälfte in der Lidspalte sichtbar war. Die Pupillen waren weit und verengten sich kaum merklich bei intensivem Lichteinfall im verdunkelten Raum. Ein Fixieren fehlte vollständig. Nystagmus, fehlendes Fixierungsvermögen, lichtstarre Pupillen ließen auf eine Amaurose schließen, deren Ursache Verf. nicht feststellen konnte, da er nicht die Mittel hatte, um den Augenhintergrund zu untersuchen. Grätzer.

Alexander Szana (Budapest), Die Bewertung der Säuglingssterblichkeitsziffern. (Ebenda.) 1. Säuglingssterblichkeitsziffern können nur mit Heranziehung der Geburtenziffer verwertet und bewertet werden.

2. Will man die Säuglingssterblichkeitsverhältnisse verschiedener geographischer Einheiten vergleichen, so ist es notwendig, die Säuglingssterblichkeitsziffern solcher Epochen zu vergleichen, wo noch die Geburtenziffer die gleiche war.

3. Ein Vergleichen und Bewerten der Säuglingssterblichkeitsziffern einzelner Epochen oder verschiedener geographischer Einheiten mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Geburtenziffer ist möglich durch Betrachtung und Vergleichung der Zahl derjenigen Säuglinge, die das 1. Lebensjahr überleben, also in das 2. Lebensjahr eingetreten sind.

4. Einen weiteren Einblick in die Bewertung der Verhältnisse, die durch Geburten- und Sterbeziffern bedingt sind, gewinnen wir, wenn wir die sozial-biologische Ökonomie der Vermehrung betrachten, also feststellen, wieviele Geburten und Todesfälle in der geographischen Einheit (Stadt oder Staat) stattgefunden haben, bis in der geographischen Einheit die Zahl der Lebenden sich um hundert vermehrte. Grätzer.

E. Tempelmann und **G. Voss,** Eine besondere Form der Bewegungsstörung nach zerebraler Kinderlähmung (Hemitonie). (Aus der Militär-Nervenklinik „Mariahilf“ in Krefeld.) (Ebenda. 1916 Nr. 16.) Es handelt sich bei dem 20jährigen Patienten um eine halbseitige Bewegungsstörung, die sich nach einer Erkrankung im 7. Lebensjahre (plötzlich oder allmählich?) eingestellt hat. Trophische Störungen bestehen an den Muskeln nicht, die sogar auf der befallenen Seite am Bein ein wenig stärker entwickelt sind. Dagegen scheint ein geringes Zurückbleiben des Knochenwachstums am linken Bein vorzuliegen, das um 1—2 cm kürzer ist. Die Kraft der linken Extremitäten ist voll erhalten; in der Ruhe bestehen keine Kontrakturen, jedoch genügen leichte Reize von außen, um heftige Anspannung der Streckmuskeln zu bewirken. Ebenso wirkt auch der Willensimpuls: den normalen Ablauf der beabsichtigten Bewegung verhindert der sich einstellende Spasmus der Strecker. Doch ist dieser Spasmus nur vorübergehend, er löst sich mit dem Aufhören der Zielbewegung oder des äußeren Reizes. Bei passiven Bewegungen läßt sich mitunter ein Erschlaffen der Glieder feststellen.

Unzweifelhaft liegt ein Fall zerebraler Kinderlähmung vor, der sich jedoch von den gewöhnlichen Typen dieser Erkrankung erheblich unterscheidet: durch das Fehlen der Lähmung und der sie begleitenden atrophischen und Wachstumsstörungen, sowie durch die nicht mit der Athetose gleichzusetzenden, sich bei äußeren Reizen und beim Willensimpuls einstellenden vorübergehenden Spasmen. Bei Athetose erstrecken sich die unwillkürlichen Bewegungen fast stets auf die Finger, während im vorliegenden Falle der langsam eintretende Spasmus erst den Arm ergreift und dann auf die Finger übergeht oder aber beide Teile in tonische, gleichmäßig anschwellende Bewegung versetzt. Gerade die Langsamkeit der Bewegung unterscheidet die hier vorliegende Störung von der Chorea.

Es fragt sich nun, ob dieser Symptomenkomplex im Bilde der zerebralen Kinderlähmung eine Sonderstellung einnimmt. Bechterew hat einen mit dem hier beschriebenen, nahezu übereinstimmenden Fall im Jahre 1900 unter dem Namen der Hemitonie beschrieben. Auch Böttiger stellte auf der Tagung Deutscher Nervenärzte 1912 in Hamburg sehr ähnliche Fälle als Hemihypertonie vor, die allerdings durch apoplektiformes Einsetzen sich auszeichneten. Oppenheim hat demgegenüber darauf hingewiesen, daß sämtliche Elemente dieses Symptomenkomplexes auch sonst bei zerebraler Kinderlähmung vorkommen; die Aufstellung einer Sonderform hält er daher für unberechtigt. Zweifellos findet sich in Oppenheims erschöpfender Schilderung jedes einzelne der in unserem Falle festgestellten Symptome, jedoch bilden sie im allgemeinen seltene Erscheinungen. So sagt Oppenheim (Lehrbuch II, S. 1103): „Es gibt Fälle von zerebraler Kinderlähmung, in denen von Lähmung kaum die Rede sein kann und die Starre das einzige Symptom bildet.“ Bei der Besprechung der athetotischen Bewegungen schreibt Oppenheim (a. a. O., S. 902/903), daß es Bewegungsstörungen gibt, die ein „Mittelding zwischen Chorea und Athetose“ bilden. Die gelähmten Gliedmaßen zeigen meistens eine Abnahme des Muskelvolumens; zu-

weilen (Oppenheim S. 1105) verknüpft sich mit der Athetose Muskelhypertrophie. Auch die Beteiligung der Sensibilität in Form der Hemihypästhesie und -algesie gehört zu den seltenen Ausnahmen.

Grätzer.

Josef v. Brudziński (Warschau), Über neue Symptome von Gehirnhautentzündung und Reizung bei Kindern, insbesondere bei tuberkulösen. (Aus dem Karl und Marie-Kinderspital in Warschau.) (B. kl. W. 1916 Nr. 25.) Seitdem Verf. vor einigen Jahren das Nackenphänomen und die kontralateralen Reflexe beschrieben hat, haben ihn weitere Beobachtungen von Meningitis bei Kindern zur Entdeckung zweier neuer Symptome, des Wangenphänomens und des Symphysisphänomens, geführt. Er will in dieser Mitteilung die beiden Symptome zusammen besprechen, weil sie auf ähnliche Weise hervorgerufen werden, öfter gleichzeitig zustande kommen und endlich, weil sie sich gewissermaßen dadurch ergänzen, daß sie die oberen und unteren Extremitäten umfassen.

Das Wangenphänomen besteht in einer raschen reflektorischen Hebung der beiden oberen Extremitäten mit gleichzeitiger Beugung der Ellenbogengelenke, ausgelöst durch Druck auf beide Wangen dicht unterhalb der Jochbeine (Os zygomat.).

Nachdem Verf. dieses Symptom das erstemal in einem Falle von Meningitis beobachtete, hat er zahlreiche gesunde und kranke Kinder darauf untersucht — im ganzen 254 Fälle.

Unter den kranken Kindern waren eine Anzahl von chronischen Fällen, eine Reihe von akuten Krankheiten ohne Beteiligung der Meningen und endlich Kinder mit seröser, eitriger und tuberkulöser Meningitis.

Unter 42 Fällen von tuberkulöser Meningitis, die Verf. auf das Wangenphänomen untersuchte, war das Symptom 41 mal positiv, nur in einem Falle blieb das Wangenphänomen aus, der Druck auf die Wangen war aber sehr schmerzhaft, der Reflex an den oberen Extremitäten fehlte, die Extremitäten wurden gestreckt gehalten. Andere Reflexe, wie das Kernigsche und das Nackenphänomen, waren in diesem Falle positiv. In 6 Fällen von Meningitis tuberculosa war das Wangenphänomen bereits positiv in einem Stadium, in welchem alle anderen Reflexe negativ waren und zuweilen erst nach einer Woche erschienen. Dies frühe Auftreten des Wangenreflexes war von besonderem Wert in denjenigen Fällen, welche dem Verlaufe und dem allgemeinen Zustande nach anfangs als Bauchtyphus imponierten, erst später aber als Miliartuberkulose und tuberkulöse Meningitis richtig erkannt wurden, wie z. B. der Fall R., 7 Jahre. In diesem Falle hätte die positive Widalsche Reaktion (sogar in starken Verdünnungen heterologische Agglutination) die Diagnose Bauchtyphus bestätigen sollen, die Feststellung des Wangenphänomens erweckte aber den Verdacht auf tuberkulöse Meningitis, was der weitere Verlauf, die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit und endlich der Sektionsbefund vollkommen bestätigten.

In diesem Falle war das Nackenphänomen negativ, und das Zustandekommen des Kernigschen Symptoms konnte eher den Verdacht auf Bauchtyphus lenken, denn bei Untersuchung zahlreicher

Fälle von Bauchtyphus überzeugte Verf. sich, daß das Kernigsche Phänomen in reinen Fällen von Typhus abdominalis sehr häufig zustande kommt; unter 54 Fällen von Typhus, von denen nur 4 eine Reizung bzw. Entzündung der Meningen zeigten, war das Kernigsche Symptom 40mal positiv, was nach Abzug der meningealen Fälle 70% ausmacht.

Ähnliches läßt sich bei einem anderen Falle feststellen, Irene M., 3 Jahre. Der allgemeine Zustand, die Benommenheit des Kindes, das Fieber, welches 3 Wochen anhielt, die dünnen Stühle — alle diese Symptome erweckten den Verdacht auf Typhus abdominalis, jedoch waren der Kernigsche Reflex, das Nackenphänomen, der kontralaterale Reflex negativ. Nur das Wangenphänomen konnte ausgelöst werden: bei Druck auf beide Wangen erfolgte Hebung und Beugung der beiden oberen Extremitäten. Erst 7 Tage später konnte Verf. die anderen Symptome (das Nackenphänomen, das Kernigsche Phänomen) gleichzeitig mit dem typischen Krankheitsbild der tuberkulösen Meningitis feststellen.

Viel seltener kam das Wangenphänomen bei Meningitiden nichttuberkulösen Ursprungs zustande. Unter 5 Fällen von Meningitis cerebrospinalis, die daraufhin untersucht wurden, war das Wangenphänomen 3mal negativ und nur 1mal positiv. In einem von diesen Fällen, welcher letal endete, stellte Verf. neben Veränderungen der Meningen, die für Zerebrospinalmeningitis charakteristisch waren, jedes Fehlen von irgendwelchen tuberkulösen Veränderungen in den Meningen und in den übrigen Organen fest.

Unter 11 Fällen von Meningitis serosa war das Wangenphänomen 6mal positiv, 5mal negativ.

Unter Fällen von akuten Erkrankungen, bei denen Symptome von Reizung der Meningen festgestellt waren, kam das Wangenphänomen in 8 Fällen von Meningitis zustande, darunter waren 6 tuberkulöse Kinder, 11 Fälle von Pneumonie, unter welchen wieder 5 Kinder Symptome von Tuberkulose zeigten.

Ferner hat Verf. das Wangenphänomen auch in einigen akuten Fällen ohne Meningealreizung beobachtet, namentlich in einem Falle von Pneumonie bei einem tuberkulösen Kinde, in 2 Fällen von exsudativer Pleuritis, in 2 Fällen von Bauchtyphus, in 2 Fällen von alimentärer Intoxikation und einmal bei Keuchhusten.

Endlich hat Verf. noch bei 13 chronischen Kranken, die alle tuberkulös waren, das Wangenphänomen hervorrufen können.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß das Wangenphänomen unter 254 untersuchten Fällen in 90 Fällen positiv war. Unter diesen 90 Fällen befinden sich 21 Kinder, die keine Meningealreizung zeigten.

Unter 85 Kindern, bei denen Symptome von Meningitis oder Meningealreizung festgestellt worden sind, war das Wangenphänomen 69mal positiv und 16mal negativ. Mit anderen Worten: in 16 Fällen, in welchen das Zustandekommen dieses Symptoms zur Frühdiagnose der Meningitis dienen sollte, blieb dasselbe aus; andererseits hatte 21mal das Wangenphänomen Verf. irrtümlich auf die Diagnose Meningitis geleitet.



Die letzte Kategorie der Fälle müssen wir uns näher ansehen; denn das Zustandekommen des Wangenphänomens ohne nachweisbare Erkrankung der Meningen ist für die Schätzung des diagnostischen Wertes dieses Reflexes sehr wichtig. Es ergibt sich aus dieser Betrachtung, daß alle Kinder, bei welchen Verf. das Wangenphänomen bei fehlender Reizung bzw. Entzündung der Meningen feststellte (8 akute, 13 chronische Erkrankungen), alle ohne Ausnahme tuberkulös waren.

In einigen dieser Fälle wurde erhöhter Druck der Zerebrospinalflüssigkeit und Verschwinden des Wangenphänomens nach der Lumbalpunktion festgestellt, was, trotz fehlender Meningealsymptome, zur Annahme einer leichten Reizung der Hirnhäute berechtigte.

Diese Fälle hätten Zweifel über den diagnostischen Wert des Wangenphänomens erwecken können, wenn eine Vermehrung des Druckes der Zerebrospinalflüssigkeit nicht festgestellt würde. Aus den Fällen ergibt sich jedoch, daß das Wangenphänomen mit der Vermehrung des Druckes der Zerebrospinalflüssigkeit in Zusammenhang steht, sofern es nach einer oder mehreren Lumbalpunktionen negativ wird. Es verschwinden dabei einige andere Drucksymptome, wie Kopfschmerz, Stimmungsveränderung usw. Wir sind also nicht berechtigt, durch die Feststellung des Wangenphänomens bei einem Kinde, bei dem andere spezielle und allgemeine meningitische Symptome fehlen, Meningitis zu diagnostizieren. Wie Verf. gesehen hat, kommen Fälle vor, in welchen anfangs das Wangenphänomen als einziges Symptom zustande kommt und erst nach vielen Tagen die anderen Symptome zum Bild tuberkulöser Meningitis sich entwickeln. In diesen Fällen entspricht der allgemeine Zustand des Kindes einem schweren, sich entwickelnden Krankheitsprozesse. In den Fällen ohne Störungen des allgemeinen Zustandes kann man das positive Wangenphänomen als Warnung dafür annehmen, daß der Organismus unter dem Einflusse einer tuberkulösen Infektion, welche dem Nervensystem drohen könnte, sich befindet. Von diesem Standpunkt ausgehend, wäre das Wangenphänomen das früheste unter den bekannten Symptomen der Tuberkulisation in solchen Fällen, welche keine sicheren Zeichen von lokalisierter Tuberkulose, die der Bronchialdrüsen ausgenommen, zeigen.

Die Bedingungen, unter welchen das Wangenphänomen entsteht, werden am besten durch den vor unseren Augen sich entwickelnden Fall von tuberkulöser Meningitis illustriert.

Marian P., 11 Jahre. Das Bewußtsein ist ganz normal, seine Antworten sind klar und vernünftig. Schlechter Allgemeiuzustand. An verschiedenen Stellen der unteren Extremitäten Skrophulodermata. Mehrere Narben nach kalten Abszessen. Der Knabe ist sehr geduldig, reagiert nicht auf stärksten Schmerz, gibt genaue Angaben über die Intensität des Schmerzes. Es zeigt sich, daß der Druck auf den Oberkiefer vorne auf die Mittellinie unter der Nase und weiter nach außen in der Umgebung der Eckzähne ganz schmerzlos ist. Es fehlt ebenfalls die Schmerzhaftigkeit bei Druck über den vorderen Backzähnen, weiter aber nach außen unter dem Jochbein wird der Druck sehr schmerzhaft. Es wurden entsprechende symmetrische Punkte des Unterkiefers untersucht, es fehlte aber die Schmerzhaftigkeit aller andern Punkte außer derjenigen des Oberkiefers. Trotz der Schmerzhaftigkeit beim Druck auf den Oberkiefer blieben die Hände ruhig liegen, der Knabe machte keine Abwehrbewegungen.

Während der nächsten 3 Tage wurde derselbe Zustand in bezug auf das Wangenphänomen festgestellt — kein Reflex an den oberen Extremitäten. Der Zustand verschlimmerte sich, es entwickelten sich andere Meningealsymptome (Nackenreflex, Kernig), die Lumbalpunktion ergab eine flockige Zerebrospinalflüssigkeit mit zahlreichen Zellen. Das Wangenphänomen wurde erst 3 Tage später positiv, sechs Tage nach der ersten Untersuchung, anfangs nur an der linken, am nächsten Tage an beiden oberen Extremitäten. Der Zustand verschlimmerte sich so rasch, daß der Knabe nach zwei Tagen schon mit rasselndem Atmen und Urinverhaltung bewußt- und bewegungslos lag. Beim Ausbleiben aller Reflexe (Nackenphänomen, Kernigsches Phänomen, kontralaterale Reflexe) blieb der Druck auf den Oberkiefer schmerzhaft, denn das Kind atmete dabei schneller, wurde rot und spannte die oberen Extremitäten.

Dieser Fall, den Verf. neben vielen anderen beobachtet hat, ist deswegen wichtig, weil er die Schmerzhaftigkeit der Punkte am Oberkiefer genau zu lokalisieren ermöglichte. Verf. stellte dabei fest: erstens, daß die Schmerzhaftigkeit an und für sich für das Auftreten des Wangensymptoms nicht maßgebend ist, denn Verf. hatte schon anfangs, bei fehlendem Wangenphänomen, eine starke Empfindlichkeit auf Druck konstatiert, und zweitens, daß das Phänomen nicht gleichzeitig mit der Schmerzhaftigkeit erscheinen muß. Es ist also das Wangenphänomen nicht als Abwehrbewegung anzusehen.

Aus den Untersuchungen ergibt sich, daß wir das Wangenphänomen als ein Symptom der Entzündung oder Reizung der Meningen, besonders bei tuberkulösen Kindern, betrachten können. Es kommt zustande bei tuberkulösen Kindern, sogar bei vorübergehender leichter Meningealreizung in Fällen, wo allein der erhöhte Druck der Zerebrospinalflüssigkeit auf eine Reizung der Hirnhäute schließen läßt. Zu beachten sind dabei zuweilen Stimmungsveränderung, schlechter allgemeiner Zustand und Kopfschmerzen.

Es ist also angezeigt, die tuberkulösen oder auf Tuberkulose verdächtigen Kinder auf die Schmerzhaftigkeit der Wangen, auf Druck und überhaupt auf das Wangenphänomen stets zu prüfen; es dürfen aber daraus keine voreiligen Schlüsse auf die Möglichkeit einer sich entwickelnden tuberkulösen Meningitis gezogen werden. Unter allen Meningealsymptomen ist das Wangenphänomen also dasjenige Symptom, dem man am häufigsten bei tuberkulöser Meningitis begegnet, was sehr charakteristisch für das Verhältnis des Wangenphänomens zur Tuberkulose ist. Unter 42 Fällen von tuberkulöser Meningitis war das Wangenphänomen 41 mal positiv (98%). Aber auch in dem einen negativen Falle war der Druck auf die Wangen sehr schmerzhaft. Die Wichtigkeit dieser Zahlen hebt sich noch mehr hervor, wenn wir uns folgendes vergegenwärtigen: Das vom Verf. beschriebene Nackenphänomen, nach seinen und anderer Verfasser Untersuchungen das häufigste Symptom bei Meningitis, war in diesen 42 Fällen nur 37 mal, also in 88% der Fälle, positiv. Eine besondere Bedeutung für tuberkulöse Meningitis besitzt das Wangenphänomen wegen seines häufigen, oft frühzeitigen Auftretens. Obwohl es aber in therapeutischer Hinsicht wichtig ist, frühzeitig die Lumbalpunktion auszuführen, ist es nicht zu empfehlen, die Diagnose Meningitis voreilig zu stellen, solange andere meningitische Symptome fehlen.

Art der Ausführung und die Bedingungen, unter welchen das

Wangenphänomen entsteht: Wir üben mit dem gespreizten Daumen und Zeigefinger einen starken Druck auf die Wangen aus, eigentlich auf den Oberkiefer, dicht unterhalb des Jochbeins; der Untersuchende steht links von dem Kranken, das Gesicht in der Richtung nach den Füßen des Kranken gerichtet, so daß er beim Ausüben des Druckes das Verhalten der oberen Extremitäten des Patienten genau beobachten kann. Der Druck muß auf beide Wangen gleichzeitig ausgeübt werden. Ausführung des einseitigen Druckes ist nicht nur sehr unbequem für den Untersucher, sondern auch die Resultate sind nicht gleich. Bei einigen Kindern konnte Verf. eine Empfindlichkeit der entsprechenden symmetrischen Punkte am Unterkiefer feststellen. Bei Kindern, welche in dieser Hinsicht ganz gesund waren oder wegen mehrerer, nicht mit Meningealreizung bzw. -entzündung verbundenen Krankheiten untersucht wurden, zeigte sich keine Reaktion bei Druck auf die Wangen; eine gewisse Kategorie von tuberkulösen Kindern empfindet Schmerzen bei Ausführung dieses Versuches, bei einigen unter ihnen kommt auch das Wangenphänomen — Beugung und Hebung der oberen Extremitäten — zustande. Das positive Wangenphänomen ist nicht immer mit Druckempfindlichkeit verbunden. In vielen Fällen von tuberkulöser Meningitis mit stark ausgesprochenem Wangenphänomen macht die Ausführung desselben den Eindruck einer automatischen Hebung der Arme, ohne daß das Kind irgend etwas dabei empfindet, in mehreren Fällen ist der Schmerz so stark, daß das Kind zuweilen kurz vor dem Tode durch den Druck auf den Oberkiefer plötzlich aus stundenlangem Schlummer erwacht, die Augen öffnet und leise stöhnt. Bei tuberkulöser Meningitis kommt das Wangenphänomen zuweilen nicht in gewöhnlicher Form zustande, d. h. in Form von rascher automatischer Hebung der oberen Extremitäten, sondern als langsame Hebung, die den Eindruck macht, als ob ein Widerstand zu überwinden sei.

In Fällen ohne Kontraktion der oberen Extremitäten bemerkte Verf. eine Spannung und Streckung der oberen Extremitäten mit zusammengeballten Fäustchen oder „Geburtshelferstellung" der Hände.

Diese Handstellungen wurden beobachtet sowohl in Fällen des Fehlens des Wangenphänomens, wie in Fällen von tuberkulöser Meningitis, in denen bei mehrfacher Untersuchung der Kinder das Wangenphänomen anfangs ausblieb und erst später zustande kam oder umgekehrt. Dieses wird in den letzten Stadien derjenigen Fälle festgestellt, wo alle anderen Symptome und Reflexe erloschen sind.

Es gibt auch Fälle, in denen die Reflexe im letzten Stadium ganz ausgelöst werden, wodurch ein vollständiger Automatismus wie bei einem hirnlosen Frosche zustande kommt. Hier ist auch das Wangenphänomen sehr lebhaft, das so rasch und automatisch in der Richtung der Schmerzpunkte ausgelöst wird, daß es den Eindruck einer Abwehrbewegung erzeugt.

In allen anderen Fällen, abgesehen davon, ob sie mit Schmerzhaftigkeit verbunden oder schmerzlos sind, erfolgt die Hebung der oberen Extremität wie unter einem Zwange, die Hände des Kindes richten sich nicht nach den gedrückten Punkten und greifen nicht die Hände des Untersuchers.

Bei unartigen, gesunden oder kranken Kindern mit negativem Wangenphänomen und ohne Symptome von meningealer Reizung bemerkt man, besonders wenn die Kinder klein sind, nicht koordinierte Abwehrbewegungen, die die untersuchende Hand beseitigen wollen. Diese Bewegungen werden von einer Hand wie von beiden gleichzeitig ausgeführt und von anderen Bewegungen des ganzen Körpers und der unteren Extremität begleitet, so daß es ganz leicht ist, das Wangenphänomen von den nicht koordinierten Abwehrbewegungen zu unterscheiden. Viel schwieriger ist es, bei unter 2 Jahre alten Kindern, welche Symptome von Reizung bzw. Entzündung der Meningen zeigen und auf jedes Berühren mit Herumwerfen der Händchen und Füßchen reagieren, die Art der Bewegungen richtig zu beurteilen; bei solchen ist es überhaupt sehr schwierig, die Reflexe, das Nackenphänomen nicht ausgenommen, festzustellen. Oft ist es ganz unmöglich, die Kinder zu ruhiger Haltung ihrer Extremitäten zu zwingen. Doch hat der Druck auf den Oberkiefer sogar bei sehr aufgeregten Kindern nie Abwehrbewegungen der Hände hervorgerufen.

Das Wangenphänomen kommt an den beiden oberen Extremitäten zustande, manchmal wird der Reflex nur einseitig ausgelöst, besonders dann, wenn die eine Körperhälfte paretisch ist. Es ist auch bei tuberkulöser Meningitis im Stadium Cheyne-Stokesscher Atmung vorgekommen, daß beim Hervorrufen des Wangenphänomens die unteren Extremitäten in gleicher Weise wie die oberen reagierten.

Beim Studieren des Wangenphänomens hat Verf. genau beobachtet, ob es genügt, einen oberflächlichen Druck auf die Wangen auszuüben, d. h. ob es sich bei Ausführung dieses Versuches um Druck auf die Weichteile allein oder um Druck auf den tiefliegenden Knochen handelt. Verf. hat dabei festgestellt, daß es sich ausschließlich um Druck auf den Oberkiefer handelt. Wie Verf. vorher erwähnte, hat er verschiedene Punkte des Oberkiefers, von der Mittellinie desselben ausgehend, untersucht bei solchen Kindern, die imstande waren, ziemlich genaue Angaben zu machen; es war möglich, festzustellen, daß der Druck besonders schmerzhaft an den unter dem Jochbein liegenden Punkten ist und die reflektorischen Bewegungen auch dann hervorruft, wenn sie nicht schmerzhaft sind.

Im Laufe der Untersuchungen über das Wangenphänomen hat Verf. ein Symptom beobachtet, welches auf ähnliche Weise wie das Wangenphänomen zustande kommt; namentlich Druck mit dem Daumen und dem Zeigefinger auf die Schoßfuge (Symph. pubis) ruft eine Kontraktur der beiden unteren Extremitäten hervor. Verf. hat dieses Symptom als Symphysisphänomen bezeichnet.

Auf das Symphysisphänomen wurden im ganzen 70 Kinder untersucht, die auf Meningitis suspekt oder an akuten Krankheiten mit meningealer Reizung erkrankt waren. Verf. hat 21 Fälle von Meningitis tuberculosa mit positivem Resultat auf das Symphysisphänomen geprüft. In all diesen Fällen kam durch Druck auf die Schoßfuge eine rasche Kontraktion der beiden unteren Extremitäten in den Knie- und Hüftgelenken mit gleichzeitiger Abduktion derselben zustande. Der Druck auf die Symphysis ist gewöhnlich schmerzhaft, es gibt aber auch Fälle mit lebhaftem Symphysis-

phänomen, bei denen der Druck auf die Schoßfuge keine Schmerzen hervorruft, und umgekehrt fand Verf. viele Kontrollfälle ohne Zeichen von Meningitis, bei denen der Druck sehr schmerzhaft, aber ohne reflektorische Bewegungen war. Ähnlich, wie Verf. das bei der Untersuchung des Wangenphänomens feststellte, kommt auch hier die Empfindlichkeit auf Druck am häufigsten bei tuberkulösen Individuen vor.

Das Symphysisphänomen kommt fast immer nur an den unteren Extremitäten zustande, nur in 2 Fällen von tuberkulöser Meningitis erfolgte gleichzeitige Kontraktion der unteren und oberen Extremitäten. In Fällen von Meningitis tuberculosa ist das Symphysisphänomen dem Wangenphänomen als gleichartig anzusehen; beide Symptome waren in den 21 vom Verf. untersuchten Fällen positiv. Das analoge Auftreten beider Symptome war so weitgehend, daß beim einseitigen Auftreten des Wangenphänomens das Symphysisphänomen allenfalls einseitig, und zwar auf derselben Seite, auftrat. Unter 3 Fällen von Meningitis tuberculosa, in denen Verf. diese Symmetrie der beiden Symptome beobachtete, war das Wangenphänomen in 1 Fall nur an der linken oberen, das Symphysisphänomen nur an der linken unteren Extremität vorhanden; unter den 2 übrigen Fällen hatte der eine linksseitige, der andere rechtsseitige Parese; die besprochenen Phänomene waren in beiden Fällen positiv an den Extremitäten, die den gesunden Körperhälften entsprachen. In einem Falle von tuberkulöser Meningitis mit Parese der linken oberen Extremität war das Wangenphänomen nur an der rechten oberen Extremität, das Symphysisphänomen dagegen an beiden unteren Extremitäten positiv. Das letztere konnte nicht in allen Fällen mit positivem Wangenphänomen ausgelöst werden; es fehlte in 8 Fällen von Tuberkulose, welche mit oder ohne Reizung der Meningen verliefen. Die Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Symphyse kommt ziemlich früh zustande, sie fehlt nie bei Kindern, welche bei Druck auf die Wangen Schmerzen empfinden, insbesondere nie in Fällen mit positivem Wangenphänomen. Verf. hat in der Arbeit von Lesage gewisse Angaben über die Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Symphyse gefunden, was, dem Verfasser nach, als Frühsymptom der tuberkulösen Meningitis anzusehen ist. Seine bisherige Erfahrung lehrt Verf., mit derselben Vorsicht aus der Empfindlichkeit der Symphyse auf Druck auf eine sich entwickelnde Meningitis tuberculosa Schlüsse zu ziehen, wie Verf. sie bei der Beurteilung der prognostischen Bedeutung des Wangenphänomens hervorgehoben hat.

Unter den untersuchten Fällen waren viele, die Verf. längere Zeit, während ihres zwei- oder dreimaligen Spitalaufenthaltes, beobachten konnte; Verf. führte noch eine Kontrolle über sie nach Verlassen des Krankenhauses, indem sie von Zeit zu Zeit im Spital sich zur Untersuchung meldeten. Auch Fälle aus der Privatpraxis untersuchte Verf. im Laufe von 2 Jahren und hat sich überzeugt, daß die Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Symphyse als Beweis einer Infektion mit Tuberkelbazillentoxinen dienen kann, die der kindliche Organismus öfter zu bekämpfen vermag. Nur in einem

Falle von Meningitis hatte die Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Symphyse 4 Monate vor der Erkrankung als Frühzeichen von drohender Gefahr dienen können.

Aus dieser Krankengeschichte könnte man schließen, daß man auf Grund der Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Symphyse schon einige Monate vor der Erkrankung an Meningitis tuberculosa den Prozeß hätte voraussagen können, wenn Verf. nicht eine ganze Reihe von Fällen hätte, in denen bei ganz ähnlichen Bedingungen die Kinder an tuberkulöser Meningitis nicht erkrankten. Das Auftreten des Symphysisphänomens dagegen sollte schon größere Bedenken erwecken, besonders wenn es gleichzeitig mit anderen pathologischen Reflexen zustande kommt; ja auch bei negativem Wangenphänomen ist die Lumbalpunktion indiziert, wenn das Symphysisphänomen zustande kommt.

Zum Schlusse will Verf. noch einige allgemeine Bemerkungen über Prognose und Therapie dieser Fälle angeben. Wir kennen leider nur sehr wenige Fälle von tuberkulöser Meningitis, welche durch systematische Lumbalpunktionen entweder ganz oder jedenfalls vorübergehend — bis zum nächsten Rezidiv — geheilt wurden.

Es ist klar, daß das Resultat unserer Therapie vom Stadium, in welchem wir dieselbe einleiten, abhängig ist, und zwar, je früher wir das tun, desto größer ist die Möglichkeit der Genesung. Wenn der meningeale Prozeß als letztes Stadium einer allgemeinen Tuberkeleruption hervortritt, sind wir selbstverständlich nicht mehr imstande, den weiteren Verlauf aufzuhalten; wenn es sich aber nur um eine sehr empfindliche Reaktion der Meningen auf eine aktive Tuberkulose der Bronchialdrüsen handelt, ist der Organismus oft imstande, den Prozeß zu bekämpfen, was hauptsächlich vom Ernährungszustand und von der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Infektionen abhängt. Durch frühzeitige Erkennung des sich entwickelnden Prozesses sind wir imstande, den Organismus durch Lumbalpunktionen zu unterstützen, von denselben theoretischen Gründen ausgehend, welche uns lehren, dem Organismus bei Bekämpfung eines exsudativen Prozesses in der Pleura durch Entleerung kleiner Mengen des Exsudats zu helfen. Wegen der besonderen Empfindlichkeit und Reizbarkeit des Gehirns und der Meningen ist die Möglichkeit der therapeutischen Beeinflussung der Fälle von der rechtzeitigen Stellung der Diagnose abhängig. Es gibt Organismen, welche durch allgemeine und spezielle Symptome den erfahrenen Kliniker auf die drohende Gefahr frühzeitig aufmerksam machen, die Eltern aber, die nicht immer gute Beobachter sind, rufen den Arzt fast immer zu spät zum kranken Kinde. Es gibt aber im Gegenteil Mütter, die ihre Kinder so gut beobachten, daß sie, durch das Aussehen, den Ernährungszustand, die Gemütsveränderung, den gestörten Schlaf beunruhigt, den Arzt frühzeitig rufen, während der Arzt aber die Mutter beruhigt, weil es ihm nicht gelingt, irgendwelche klinischen Symptome von drohender Krankheit festzustellen. Es gibt Kinder mit besonderer Empfindlichkeit des nervösen Systems, welche in diesem frühen Stadium so lebhaft auf die Tuberkulisation ihres Organismus reagieren, daß sie, außer der Veränderung des all-

gemeinen Zustandes, Symptome zeigen, welche gewöhnlich als Meningitis angesehen werden. Obwohl wir in diesen Fällen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose von tuberkulöser Meningitis stellen müssen, genesen die Fälle, weil es sich nur um eine frühe, sehr empfindliche Reaktion des erkrankten Organismus handelte; die Lumbalpunktion dient eher als therapeutische, nicht diagnostische Maßnahme, denn die Zerebrospinalflüssigkeit gibt uns, außer der Druckerhöhung, kein positives Zeichen von Meningitis.

Der Arzt, welcher anfangs die Diagnose einer unheilbaren Krankheit gestellt hatte, kommt dann zum Schlusse, daß er es mit Meningismus unbekannter Herkunft zu tun gehabt hat; und doch sollte man diese Fälle in prognostischer Hinsicht sehr genau abwägen, die Pirquetsche Probe machen, die Temperaturschwankungen beobachten und auf diese Weise feststellen, ob der Krankheitsprozeß vom Organismus überwunden oder nur auf einige Zeit zum Stillstand gekommen ist. Wenn wir dann bei diesen Kindern Zeichen der Bronchialtuberkulose und positive Pirquetsche Reaktion festgestellt haben, können wir sicher sein, daß es sich hier um eine meningeale Reizung des tuberkulösen Kindes gehandelt hat. Es gibt aber auch Fälle, bei welchen, trotzdem die Tuberkulisation sich durch kein sicheres Zeichen geäußert hat, sich plötzlich das wohlbekannte traurige Bild der Meningitis tuberculosa entwickelt. Wünschenswert wäre, daß bei den Fällen beider Kategorien die klinische Untersuchung uns durch gewisse Fingerzeige frühzeitig auf die drohende Gefahr hinweisen könnte; es wäre dann vielleicht in der Mehrzahl der Fälle möglich, durch allgemeine hygienische Maßnahmen, Entfernung von äußeren Schädlichkeiten und systematische Lumbalpunktionen die Entwicklung des Prozesses in den Meningen aufzuhalten. Verf. hält sich für berechtigt, dem Wangenphänomen in Verbindung mit dem Symphysisphänomen eine klinische Bedeutung zuzuschreiben und deswegen anzuraten, bei allen auf Tuberkulose verdächtigen Kindern, bei welchen wir eine Verschlimmerung, besonders in nervöser und psychischer Hinsicht vermuten, auf das Wangenphänomen und das Symphysisphänomen zu untersuchen. Wenn wir dann bei solchen Kindern eine Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Wangen und auf die Symphyse und besonders eine Kontraktion der oberen bzw. der unteren Extremitäten beobachten, sind wir berechtigt, auch bei Fehlen aller anderen meningealen Symptome anzunehmen, daß die Tuberkulose die Meningen in Mitleidenschaft gezogen hat und der Patient bald an einer Reizung bzw. Entzündung der Meningen erkranken wird. Aus therapeutischen Gründen ist es angezeigt, in solchen Fällen die Lumbalpunktion mehrmals auszuführen, und da, wo nach der Lumbalpunktion der allgemeine Zustand sich bessert und die Symptome beim Druck auf den Oberkiefer und die Symphyse nicht mehr auszulösen sind, den Schluß zu ziehen, daß der tuberkulöse Prozeß gehemmt ist. Verf.s bisherige Beobachtungen haben ihn zu diesem Schlusse geführt, und er möchte anderen Klinikern anraten, diese Phänomene bei der Krankenuntersuchung nicht außer acht zu lassen. Man soll aber daraus keine zu pessimistischen prognostischen Schlüsse ziehen, sondern nur auf den Zu-

stand der Kinder aufmerksam werden und möglichst bald die Lumbalpunktion vornehmen. Grätzer.

G. Ledderhose (Straßburg), Ein Fall von Luftleere der Lungen bei einem 5 Tage alten Kind. (Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916 Nr. 1.)

Die 26 jährige Dienstmagd H. hat in 5 Jahren vier uneheliche Kinder verschiedener Erzeuger geboren. Das älteste Kind lebt, das zweite wurde in der hiesigen Frauenklinik geboren und daselbst am 5. Tage tot im Bett gefunden. Bei der Sektion fanden sich pneumonische Herde (Pathologisches Institut). Ein neuerdings gemachtes Geständnis der Mutter, daß sie sich absichtlich auf das Kind gelegt habe, um es zu ersticken, widerrief sie später. Das dritte Kind wurde tot geboren.

Das vierte Kind kam am 9. April 1915 in der hiesigen Frauenklinik unter normalen Verhältnissen zur Welt und verhielt sich weiter durchaus normal. Am 14. April früh fand man es tot in seinem Bett; Gesicht und eine Rumpfhälfte waren blau verfärbt. Trotz Leugnens der Mutter, irgend etwas Unrechtes mit dem Kinde vorgenommen zu haben, wurde am 16. April die gerichtliche Öffnung der noch vollkommen frischen Leiche ausgeführt, welche im wesentlichen folgendes ergab:

Gut entwickeltes männliches Kind von 54,5 cm Körperlänge und 3700 g Gewicht, auch sonst sämtliche Zeichen der Reife aufweisend. Nabelschnur eingetrocknet, 3 cm lang, abgebunden. Nirgends Zeichen äußerer Gewalteinwirkung.

In beiden Brusthöhlen wenig gelbe Flüssigkeit. Auf der mittelgroßen Thymus mehrere Ekchymosen. Beide Lungen zurückgesunken bedecken den Herzbeutel nicht. Auf ihnen mehrere Ekchymosen. Ihre Oberfläche vollkommen glatt, von gleichmäßiger, leicht blauroter Farbe. Nirgends eine Ausdehnung und Anfüllung der Alveolen durch Luft zu erkennen. Im rechten Herzen reichlich flüssiges Blut. In der Trachea sowie in den großen, mittleren und feinen Bronchien reichlich gelbgrüne, zähschleimige Masse, sie fast ganz ausfüllend. Die Schwimmprobe fiel für die Brustorgane zusammen, für beide Lungen einzeln sowie für die Lappen und sämtliche kleine Stücke, in welche sie zerschnitten wurden, negativ aus. Auf dem Durchschnitt wenig flüssiges Blut, aber aus den feinsten Bronchialästen ziemlich reichlich gelbliche Pfröpfe auszudrücken, die offenbar mit dem in der Trachea und den größeren Bronchien festgestellten Material übereinstimmen. Magen stark zusammengezogen, enthält einen Teelöffel voll desselben Materials, darin einzelne gelbweiße, offenbar geronnene Milch darstellende Teilchen.

In den Weichteilen des Kopfes, besonders auf dem rechten Stirnbein, an den hinteren Abschnitten beider Seitenwandbeine, sowie auf dem Hinterhauptsbein im ganzen etwa 10, zum Teil unter dem Periost gelegene Blutaustretungen von bis 0,5 cm Durchmesser. Schädelknochen nicht verletzt. Auf der ganzen rechten Hemisphäre eine dünne Schicht flüssigen Blutes, in geringer Menge auch auf der linken Hemisphäre. In der rechten mittleren Schädelgrube ziemlich reichlich flüssiges Blut, weniger reichlich in der linken mittleren und in der hinteren Schädelgrube. Gehirn ohne Veränderungen.

Mikroskopisch wurde in dem Inhalt der Luftröhre sowie der feinsten Luftröhrenäste geronnene Milch nachgewiesen.

Das unmittelbar nach der Sektion abgegebene Schlußgutachten lautet wörtlich, wie folgt: Durch äußere Gewalteinwirkung ist eine ziemlich erhebliche Blutung auf die Gehirnoberfläche zustande gekommen, wodurch Bewußtlosigkeit herbeigeführt wurde. Diese war Veranlassung dazu, daß der Mageninhalt in den Rachen des Kindes gelangte, dann aber nicht wieder verschluckt oder ausgeworfen wurde, sondern durch Einatmung bis in die feinsten Verzweigungen der Luftröhre geriet, was Erstickung zur Folge hatte. Da wahrscheinlich die Atmung von der Herztätigkeit überdauert wurde, kam es zur Aufsaugung der in den Lungen befindlichen Atmungsluft, und so wurden die Lungen luftleer.

In der Hauptverhandlung vor den Geschworenen wiederholte die Angeklagte das Geständnis, welches sie im Laufe der Voruntersuchung abgelegt hatte. Sie will das Kind im Anfang der Nacht zu sich genommen und etwa 5 Minuten lang mit dem Kopf gegen ihre Brust gedrückt haben, bis es sich nicht mehr rührte. Sie legte es wieder in sein Bett zurück und schlief ein. Als sie $1^1/_2$ Stunden später

nochmals nachsah, gab das Kind kein Lebenszeichen von sich. Eine psychiatrische Beobachtung der Angeklagten führte zu dem Urteil, daß sie zwar geistig minderwertig, aber für die Tat verantwortlich zu machen sei.

Es erfolgte Verurteilung wegen Totschlags unter Zubilligung mildernder Umstände zu 3 Jahren Gefängnis.

Auf Grund des Geständnisses der Angeklagten ist anzunehmen, daß durch gewaltsamen Druck gegen den Kopf des Kindes die ausgedehnten intrakraniellen Blutungen mit Hirndruck entstanden sind, und daß der weitere Verlauf sich dann so gestaltet hat, wie es in dem obigen Schlußgutachten geschildert ist.

Der Fall ist durch folgende Punkte ausgezeichnet: 1. Da das Kind 5 Tage gesund gelebt hat, waren seine Lungen in normaler Weise mit Atmungsluft angefüllt, und somit erübrigt sich die bei Neugeborenen auftretende Fragestellung, ob das Kind ausgetragen und reif war und ob es vor dem Tode überhaupt und in welchem Grade geatmet hatte. 2. Als Folge des traumatischen Hirndrucks war es zur Aspiration des aus dem Magen aufgestiegenen Inhalts und damit zur Erstickung gekommen. Daß das Hineinlangen des Mageninhalts in den Bronchialbaum ein vitaler Vorgang war, ergibt sich in bestimmter Weise daraus, daß auch die feinsten Bronchien angefüllt waren. 3. Die völlige Luftleere der Lungen kann nur durch Absorption der Atmungsluft von seiten der Lungenkapillaren erklärt werden. Ein Entweichen durch die Luftwege war dadurch verhindert, daß die Bronchien mit reichlichen Mengen des zähschleimigen Mageninhalts angefüllt waren. Auch reichte die geringe Menge von Transsudat in den Brusthöhlen nicht entfernt aus, um die Lungen nach dem Tode durch Druck luftleer zu machen oder um eine nennenswerte Menge von durch die Alveolarwände ausgetretener Luft zu absorbieren.

Es sind demnach in diesem Falle normale Atmungslungen in einem Zustand des Kindes, wo infolge Verstopfung der Luftwege durch aspirierten Mageninhalt keine Luft mehr eingeatmet werden konnte bzw. die Atmung sistierte, die Herztätigkeit aber noch fortdauerte, durch Luftabsorption in das Blut vollständig luftleer geworden. Bis zu welchem Zeitpunkt nach der Geburt dieses Ereignis möglich ist, muß unentschieden bleiben. Der mitgeteilte Fall spricht mit Entschiedenheit für die Richtigkeit der Ansicht, daß der Befund luftleerer Lungen bei Neugeborenen nur zu dem negativen Urteil berechtigt, die Lungenprobe habe den Nachweis nicht erbracht, daß das Kind nach der Geburt geatmet und folglich gelebt habe.

Grätzer.

P. Esch, Zur Klinik und Therapie der intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen.[1]) (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg.) (Zbl. f. Gynäk. 1916 Nr. 17.) „Im Zentralblatt für Gynäkologie (1915, Nr. 46, S. 795) gibt A. Mayer einen Überblick über das sehr beachtenswerte Gebiet der intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen nach dem Stand unserer heutigen Kenntnisse. Gleichzeitig fügt er den bisherigen Beobachtungen sechs eigene Fälle hinzu.

---

[1]) Auch diesen Aufsatz bringen wir wörtlich. Red.

Es liegt in der Natur der Sache, daß eine derartige Bearbeitung eines Gebietes als Grundlage für weitere Forschungen und für die Analyse von kasuistischen Beiträgen dient. Unter diesen Umständen möchte ich auf unsere, mit Ausnahme eines Falles bereits früher mitgeteilten, nicht geringen Beobachtungen zurückgreifen, um an der Hand derselben und auf Grund von Literaturerhebungen Stellung zu nehmen, sowohl zu der Frage der intrakraniellen Blutungen im allgemeinen als auch im besonderen zu einigen Anschauungen von Mayer und anderen Autoren. Nach unseren Erfahrungen (1 und 2) sind wir nämlich in der Lage, einerseits diese Ansichten teilweise durch eine vollkommene Übereinstimmung zu bekräftigen, andererseits können wir einem Teil derselben nicht zustimmen.

Fürs erste erscheint es mir zweckentsprechend zu sein, eine kurze, zusammenfassende Übersicht über unsere Fälle zu geben, da sie ja die Unterlage für die folgenden Erörterungen bilden muß. Von drei Fällen möchte ich die Krankengeschichten mitteilen, weil zwei davon in früheren Arbeiten (3 und 4) nur kurz erwähnt worden sind, und weil der dritte noch nicht veröffentlicht worden ist.

Fall 1. Bei Frau H., III. para, wurde am 26. V. 1908 wegen Placenta praevia die vorzeitige Wendung in Chloroformnarkose gemacht. Beckenmaße ohne Besonderheit. Infolge dieses Eingriffes ereignete sich bei der Kreißenden eine Luftembolie im großen Kreislaufe (paradoxe Embolie). Das Gesicht der Pat. wurde plötzlich tiefblau, und die Atmung setzte zunächst vollständig aus; während der sofort energisch vorgenommenen Wiederbelebungsversuche erfolgte sie noch einige Male nach dem Cheyne-Stokesschen Typus. Gebannt und in Anspruch genommen durch den Unglücksfall, wurde des Kindes nicht geachtet. Erst, nachdem die Wiederbelebungsversuche bei der Mutter eine Viertelstunde fortgesetzt worden waren, wurde die Aufmerksamkeit auf dasselbe gelenkt. Um es womöglich noch zu retten, wurde die vordere Zervixwand längs gespalten, worauf die Extraktion leicht gelang.

Das Kind war tief asphyktisch; Herzbewegungen waren am Thorax nicht mit Sicherheit fühlbar noch sichtbar, wohl aber war der Nabelkegelpuls (Ahlfeld) noch zu fühlen. Wiederbelebungsversuche wurden vergebens gemacht. Das Gewicht des Kindes betrug 3300 g.

Sektionsergebnis: Der kindliche Schädel zeigte starke, aber verhältnismäßig kleine Knochenplatten; die Nähte waren demgemäß sehr weit, namentlich die Pfeilnaht. Am Kopfe keine Impression; in der Galea einige kleine Ekchymosen. Die Falx cerebri regelrecht. Dura vom Hinterhauptsbein fast vollkommen losgelöst; leichter Bluterguß zu beiden Seiten; reichlicher, aber noch flacher Bluterguß in den linken Schläfen- und Hinterhauptsgruben im Subduralraum. Das Tentorium ist beiderseits vom freien Rande an etwa 2 cm weit nach hinten eingerissen.

Fall 2. Es handelte sich um eine Erstgebärende mit regelrechten Beckenmaßen. Bei kleinhandtellergroßem Muttermunde und kräftigen Wehen wurden zwecks Linderung des Geburtsschmerzes 0,012 Pantopon + 0,00024 Skopolamin intramuskulär injiziert. Eine Stunde später erhielt die Kreißende nochmals 0,005 Pantopon + 0,00015 Skopolamin. Die Geburtsdauer betrug, vom Beginn der Behandlung an gerechnet, 6 Stunden.

Das ausgetragene Kind kam blaß-asphyktisch zur Welt. Der Herzschlag war zwar noch deutlich fühlbar und sichtbar; er setzte aber trotz aller Wiederbelebungsversuche allmählich aus.

Die klinische Annahme: intrakranielle Blutung in der Umgebung des Kleinhirns wurde durch die Autopsie bestätigt, und zwar beruhte die Hämorrhagie auf einer Tentoriumzerreißung.

Fall 3. Ipara mit rachitisch plattem Becken; Conj. diag. 10,1 cm. Kopfstand über dem Beckeneingang, als die Fruchtblase nach 10stündigem Kreißen sprang. Es floß stark mekoniumhaltiges Fruchtwasser ab. Kräftige Wehen

setzten ein, und einige Minuten später waren die Herztöne sehr verlangsamt. Durch die sofort vorgenommene innere Untersuchung konnte keine Ursache für das bedrohliche Befinden des Kindes festgestellt werden; der Muttermund war kleinhandtellergroß, Kopf noch nicht ins Becken eingetreten, kein Nabelschnurvorfall. Nach Beendigung der Untersuchung waren die Herztöne nicht mehr zu hören. Sobald der Kopf im Becken war, erfolgte die Geburt so schnell, daß ein Eingriff nicht mehr in Frage kam.

Bei dem totgeborenen, 2700 g schweren Kinde war die Nabelschnur einmal um den Hals geschlungen.

Sektionsergebnis: In den Schädelhöhlen fand sich geronnenes Blut. Nach Herausnahme des Großhirns zeigte sich im Tentorium ein klaffender Riß, der von hinten bis nach vorn ging. In seiner Umgebung lagen reichlich Blutkoagula.

Zählen wir diese drei Fälle zu denen hinzu, die in den beiden zuerst angeführten Arbeiten aus unserer Klinik niedergelegt worden sind, so verfügen wir über ein Material von 17 Beobachtungen intrakranieller Blutungen beim Neugeborenen.

Hinsichtlich der Mütter handelt es sich 8mal um Erst- und 9mal um Mehrgebärende. Bei 4 Frauen war das Becken rachitisch platt verengt — 2mal ersten und 2mal zweiten Grades —. Als weitere Begleiterscheinung mütterlicherseits ist zu erwähnen, daß je einmal Eklampsie, tiefer Sitz der Plazenta und Placenta praevia (mit nachfolgender Luftembolie) bestand.

Die Geburt ging in 7 Fällen spontan vonstatten, während 10mal ein operativer Eingriff erforderlich war (4mal Forceps, 3mal innere Wendung mit Extraktion, 2mal Manualhilfe bei Beckenendlagen und 1mal vorzeitige Wendung mit später folgender Extraktion).

Es passierten 11 Kinder in Schädellage und 6 in Beckenendlage den Geburtskanal.

Die Kinder waren im allgemeinen ausgetragen, nur 2 wurden vielleicht 1—2 Wochen zu früh geboren. 1 von den Kindern kam tot, und 6 kamen tief asphyktisch zur Welt, so daß sie nicht wiederbelebt werden konnten; 5 weitere überstanden zwar die Asphyxie, starben aber am 2. bzw. 3. Tage, während 3 lebensfrisch geboren wurden. Jedoch gingen auch diese innerhalb von 2—5 Tagen zugrunde. Bei den 2 letzten, noch nicht erwähnten Fällen handelte es sich neben einer intrakraniellen Blutung einmal um eine starke Hypertrophie der Thyreoidea mit Trachealabplattung und nachfolgender Bronchopneumonie (Tod am 6. Tage) und einmal um eine Tracheobronchitis und Gastroenteritis (Tod am 16. Tage).

Auf das Tentorium war in 1 Fall nicht geachtet worden; in den übrigen war es nur 2mal intakt; 13mal zeigte es typische Risse. Bei einem weiteren Kinde waren bloß die beiden Blätter desselben gegeneinander verschoben, wodurch die Falx am Tentoriumansatz hämorrhagisch infiltriert war; außerdem fand sich im Subduralraume eine dünne Schicht flüssigen Blutes auf der Dura und der Hirnoberfläche. (Dieser Fall stellt nach Benecke, der uns ja gelehrt hat, unsere Aufmerksamkeit auf das Tentorium zu richten, den geringsten Grad der Verletzung desselben dar.)

Die Blutung saß einmal subarachnoidal über dem Oberwurm und einmal in der Hirnsubstanz, in allen anderen Fällen handelte es sich um Hämatome im Subduralraume, dreimal reichten die Blutungen bis tief in den Wirbelkanal hinab.



Lokalisation: Hinsichtlich des Sitzes der Hämorrhagien stimmen unsere Beobachtungen im allgemeinen mit den Angaben von Mayer überein. Indessen scheinen die Blutungen in die Gehirnsubstanz nicht zu den Ausnahmen zu zählen, wie der Autor angibt. Denn abgesehen von den Erfahrungen von C. Ruge (M.)[1]) berichtet auch Weyhe (M.) in einer Arbeit aus dem pathologischen Institut zu Kiel, die Mayer in dieser Hinsicht nicht verwertet hat, über 35 Fälle von intrazerebralen Blutungen, worunter 5 einen erheblichen Grad aufweisen. Auch ich habe öfters geringfügige, wohl bedeutungslose Hämorrhagien in der Hirnsubstanz gesehen. Außerdem beobachtete ich einen Fall, bei dem das Kleinhirn nach einer spontanen, nur 5 Stunden dauernden Geburt durch eine starke Blutung im Oberwurm und in den beiden Seitenlappen teilweise zertrümmert worden war, wie aus der früher beigegebenen Abbildung deutlich hervorgeht (vgl. Lit. Nr. 1). Andererseits halte ich reine Ventrikelblutungen nach den vorliegenden Mitteilungen für verhältnismäßig selten; sie finden sich mehr im Verein mit anderen intrakraniellen Blutungen, wie wir sie 3mal und Mayer 1mal erlebten. Jedenfalls aber sind die subduralen Hämorrhagien die häufigsten; sie verdienen auch am meisten Beachtung und sollen uns im folgenden ausschließlich beschäftigen.

Einteilung: Seitz (M.), dem wir auf diesem Gebiete weitgehende Förderungen verdanken, hat die subduralen Blutungen eingeteilt in supratentoriale, infratentoriale Mischformen (d. h. supra- und infratentoriale) und Ventrikelblutungen. Eine Trennung, der sich auch Mayer anschließt, weil sich die einzelnen Blutungsformen prognostisch und symptomatisch voneinander wesentlich unterscheiden. Seitz hat seine Fälle äußerst genau beobachtet und danach das klinische Krankheitsbild, das Weber (M.) im Jahre 1851 nur in groben Umrissen gegeben hatte, in klarer Weise gezeichnet. Seine Beobachtungen führten ihn auch zu obiger Einteilung, die bei alleiniger Berücksichtigung seiner Fälle in überzeugender Weise wirkt und die auch wir früher unseren Beobachtungen zugrunde gelegt haben.

Den Kernpunkt derselben hinsichtlich der Symptomatologie bilden die supra- und infratentorialen Blutungen, da die Mischformen nach der Angabe des Autors die Eigentümlichkeiten dieser beiden in sich vereinigen. Von vornherein lassen sich gegen die gewählte Bezeichnung und die Einteilung an sich einige Bedenken nicht unterdrücken. Beispielsweise sind Hämatome, die ausschließlich auf der Basis der Schläfengruben sitzen, im Sinne der Bezeichnung als supratentoriale Blutungen anzusprechen. Sie liegen aber, streng genommen, nicht oberhalb des Tentoriums. Auch konnten wir einen unserer Fälle in der Einteilung nicht unterbringen, da die Hämorrhagie zwischen den beiden Blättern des Tentoriums stattgefunden hatte.

Als wichtigeren Einwand gegen die Einteilung möchte ich aber

---

[1]) Bezüglich der Literaturangaben verweise ich der Einfachheit halber durch die Bezeichnungen (M.) bzw. (E.) auf die Arbeit von Mayer bzw. auf die von mir im Arch. f. Gynäk. Bd. LXXXVIII, Heft 1, S. 60 erschienene Veröffentlichung.



hervorheben, daß die Scheidewand für die Trennung, das Tentorium, bei weitaus den meisten intrakraniellen Blutungen eingerissen ist. Es ist jedenfalls öfters in diesem Zustande nicht geeignet, um eine Flüssigkeit (Blut) zu trennen.

So bestanden bei unserem Materiale 13mal (unter 15 in Betracht kommenden Fällen) Einrisse des Tentoriums — teilweise klaffende — und bei Mayer 5mal unter 6 Fällen.[1]) Entsprechend dieser Tatsache haben wir auch nur zwei lediglich supratentorial und zwei ausschließlich infratentorial gelegene Blutungen gesehen. Auch Mayer beobachtete ebenfalls nur 2 Fälle, bei denen es sich um eine reine Hämorrhagie oberhalb des Tentoriums handelte. Diesen 6 Fällen stehen 16 mit sogenannten Mischblutungen gegenüber.

Ein zweiter Punkt, der für die Berechtigung oder Nichtberechtigung dieser Gruppenbildung von Wichtigkeit ist, gipfelt in der Fragestellung: sind die klinischen Erscheinungen der supratentorialen Blutungen einerseits und der infratentorialen andererseits tatsächlich so charakteristisch ausgeprägt, daß sie nicht allzu schwer zu trennen sind?

Als Merkmale für die supratentoriale Blutung gibt Seitz zusammenfassend folgende an: „Große Unruhe, Schreien, frühzeitige Spannung der großen Fontanelle, stärkeres Klaffen desjenigen Schenkels der Lambdanaht, auf welcher die Blutung sitzt, Dermographismus. Ungewöhnliche Blässe der Haut. Als wichtiges unilaterales Symptom die Fazialisparese, der eine Reizung mit Fazialiskrämpfen vorangehen kann; dann Lähmung des Hypoglossus (Abweichung der Zunge nach der gelähmten Seite), Spasmen und schließlich Lähmungen im Arm und Bein der (mit Fazialis) gleichen Seite, stärkere Steigerung der Reflexe auf dieser Seite. Okulomotoriussymptome sind weniger eindeutig; doch sprechen einseitige Spasmen im Levator palpebrae sup. und einseitige Miosis (auf der der Fazialislähmung entgegengesetzten Seite) für einen gleichseitigen Sitz des Hämatoms. Lumbalpunktion ergibt meist nur leicht blutigen Liquor, kein reines Blut, doch können durch Blutbeimengungen aus dem Spinalkanal Täuschungen vorkommen."

Die infratentorialen Blutungen zeichnen sich nach Seitz dadurch aus, „daß die Kinder relativ ruhig sind, daß von Anfang an Störungen von seiten des Respirationszentrums im Vordergrunde stehen (blaßblaues Aussehen, Zyanose während der Anfälle); die Lumbalpunktion ergibt meist Liquor mit sehr reichlicher Blutbeimengung; die Spannung der großen Fontanelle ist anfänglich gering, wird aber später durch Stauung ebenfalls prall. Keine eindeutigen, unilateralen Symptome; Vorherrschen der spinalen Reizsymptome: Opisthotonus, Nackenstarre, Starre der Glieder; stets doppelseitige, klonische Zuckungen der Glieder, eventuell auch Lendenmarkssymptome (Erektion des Penis und Runzelung der Skrotalhaut). Rindensymptome treten erst sekundär infolge Rückstauung und

---

[1]) Im folgenden kann ich mich nur auf die Beobachtungen von Mayer und unsere eigenen stützen, da die übrige Literatur mir zurzeit nicht zur Hand sein kann.

Ödem ein, sind fast stets bilateral, befallen mit Vorliebe das Okulomotoriusgebiet, weniger den Fazialis und äußern sich in klonisch-tonischen Krämpfen."

Diese Symptomatologie führt Mayer noch weiter aus; außerdem verweist er auf die Lehrbücher der Neurologie und die Hilfe der Neurologen. Dieser Anweisung möchte ich nicht folgen; denn nach meinem Dafürhalten sind die Neurologen auf diesem Gebiet nicht die Berufenen, sondern wir, die wir Gelegenheit haben, täglich die eigenartigen, teils einfachen, teils äußerst verwickelten Lebensäußerungen des Neugeborenen im gesunden und kranken Zustande zu sehen. Eine große derartige Erfahrung, über die der Neurologe im allgemeinen nicht verfügt, ist aber erforderlich, um die einzelnen Erscheinungen von seiten des Nervensystems richtig bewerten und deuten zu können. Wir dürfen die Symptome, die für ein späteres Leben Geltung haben, mit Rücksicht auf das noch unfertige, mangelhaft funktionierende Gehirn des Neugeborenen nicht einfach auf die Neugeborenenzeit übertragen, sondern müssen uns vielmehr streng an unsere Beobachtungen halten und unter Zugrundelegung derselben den Versuch wagen, ein Krankheitsbild zu entwerfen, wie es Seitz seinerzeit getan hat. Seine Krankheitscharakterisierung bzw. seine Einteilung ist allerdings, wie wir sehen werden, nicht lückenlos. Es hängt dies, nach meiner Ansicht, lediglich mit dem Umstand zusammen, daß sein Beobachtungsmaterial, auf das er seine Anschauungen aufgebaut hat, nicht genügend vielgestaltig war.

(Fortsetzung folgt.)

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

W. Raudnitz (Prag), Zum österreichischen Impfgesetz. (W. kl. W. 1916 Nr. 24.) Man erwartet in der nächsten Zeit eine Verordnung, welche den Impfzwang einführt. Verf. hält es deshalb für seine Pflicht, alle Vorschläge zusammenzufassen, welche er bisher in dieser Frage bei verschiedenen Gelegenheiten ausgesprochen hat.

„1. Das Impfgeschäft. Gegenüber dem reichsdeutschen Impfgesetze empfehle ich, daß auch eine erfolgreiche Blatter als Impfschutz genüge.

Zum Schutze der Impfblattern darf kein undurchlässiger Verband, wie zum Beispiel der Fürstsche Impfschutz, verwendet werden, weil er zu nässenden Impfgeschwüren Anlaß gibt.

2. Die Zeugnisse über stattgehabte Erst- und Wiederimpfungen sind auf dem Tauf- oder Geburtszeugnisse einzutragen. Zu diesem Zwecke ist der Wortlaut der Impfbestätigungen auf der Rückseite der genannten Dokumente vorzudrucken.

Für Wiederimpfungen ist ein besonderes Formular vorzuschreiben, welches angibt, ob es zur Bildung von Impfbläschen, von Papeln, von Impfrötung oder zu gar keiner Reaktion gekommen ist.

3. Nachschau. Die Nachschau der Wiederimpfungen hat am 5., nicht erst am 8. Tage zu erfolgen.

Die landesfürstlichen Bezirksärzte haben, wie im Deutschen Reiche, das Impfgeschäft der Impfärzte durch Anwesenheit bei der

Impfung oder bei der Nachschau zu überwachen. Diese Revision hat jeden Impfarzt alle 3 Jahre zu treffen. Die Impfungen der Privatärzte sind dann einer solchen Revision zu unterwerfen, wenn der Verdacht vorliegt, daß ein Privatarzt das Impfgesetz umgeht. (Siehe die Geschichte der letzten Frankfurter Blatternfälle.)

4. Auf Kosten des Staates sind alle öffentlichen Impfungen vorzunehmen. Der Unterschied zwischen regulärer und Notimpfung rücksichtlich der Tragung der Kosten hat zu fallen. Der Impffond, welcher laut Ministerialerlaß vom 17. Februar 1858, Nr. 23992, in die Verwaltung des Landes überging, hat wiederum von den staatlichen Behörden übernommen und verwaltet zu werden.

5. Die Impfbelehrung darf nicht mehr vernachlässigt werden. Für Böhmen habe ich durchgesetzt: 1. An die Volks- und Bürgerschulen die Verteilung einer Tafel: „Ein Beispiel für die Wirksamkeit der Schutzpockenimpfung". 2. In die deutschen und tschechischen Lesebücher der Volks- und Bürgerschulen die Aufnahme zweier Lesestücke über die Geschichte und die Erfolge der Schutzpockenimpfung.

Diese Lesestücke sollen alljährlich vor Beginn der Impfungen gelesen und unter Benutzung der genannten Tafel erklärt werden. Diese Tafel soll weiters alljährlich bei Ausschreibung der Impfungen im Gemeindehause und während der Impfungen im Warteraume der Impfstelle ausgehängt werden. Von der Durchführung haben sich die Bezirks- und Distriktsärzte alljährlich zu überzeugen.

Diese Lesestücke, welche sich im Besitze des k. k. Schulbücherverlages befinden, sind auch in die Lesebücher der übrigen Provinzen aufzunehmen, ob es sich nun um die amtlichen oder die von privaten Verlegern herausgegebenen Lesebücher handelt. Auch die Lehrbücher der Mittelschulen sollen Aufsätze enthalten, welche die Impfung betreffen und durch Einordnung der Impftatsachen unter die Erscheinungen der Gewöhnung (Immunisierung) das Verständnis der Impfwirkung erleichtern.

In die Physikatsprüfung ist die Lehre von der Impfung in Form eines gemeinverständlichen Probevortrages aufzunehmen. Hierdurch sollen die Amtsärzte angeleitet werden, die öffentliche Impfbelehrung selbst in die Hand zu nehmen.

Beim Sanitätsreferat des Ministeriums des Innern ist eine Impfbücherei anzulegen, welche auch die impfgegnerischen Schriften und Zeitungen berücksichtigt, um den Erzählungen von angeblichen Impfschädigungen nachgehen und sie fallweise berichtigen zu können. Mit dieser Aufgabe ist ein Referent über das Impfwesen dauernd zu betrauen, in dessen Hand die Aufsicht über das gesamte Impfwesen und die Impfbelehrung zu vereinigen ist.

6. In Österreich sind mindestens noch vier Impfstoffgewinnungsanstalten zu errichten. Die Prüfung der gewonnenen Lymphe ist durchzuführen nach dem von mir angegebenen und erprobten Verfahren: Von dem gesamten Impfstoffe, welcher von einem Kalbe herrührt, ist eine Probe zu nehmen. Mit dieser Probe und mit zwei Impfstoffen anderer Herkunft ist ein und dieselbe Person zu impfen und der Erfolg zu beobachten."

Grätzer.

Emil Döbeli (Bern), Zur Ätiologie der Angina der Kinder. (Schweiz. Corr.-Bl. 1916 Nr. 15.) Es ist dem Verf. im Laufe der Jahre aufgefallen, daß sehr häufig zu gleicher Zeit oder im Anschluß an akute Verdauungsstörungen (manchmal erst nach 2—3 Tagen) bei Kindern Angina lacunaris auftrat. Fieber war nicht immer vorhanden; manchmal war es bereits abgeklungen mit den Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals. Die Kinder hatten anfangs keine Beschwerden im Rachen. Die absolute Beschwerdelosigkeit dürfte ihren Grund nun darin haben, daß bei dieser Form der Angina zu Beginn wenigstens die üblichen Erscheinungen der Entzündung: als da sind Rötung und Schwellung, namentlich aber erstere, zu fehlen pflegen. Die Gaumenmandeln erscheinen kaum geschwollen und von Rötung derselben oder deren Umgebung (Gaumenbögen, weicher Gaumen) ist absolut nichts zu konstatieren. Die Schleimhaut ist überall blaßrot wie zu normalen Zeiten. Dagegen sind die Krypten der Mandeln von den charakteristischen weißen Pfröpfen ausgefüllt, wie sie eben für das Krankheitsbild der Angina lacunaris typisch sind.

Der weitere Verlauf der Erkrankung macht sich nun so, daß entweder diese Pfröpfe wieder verschwinden, ohne daß weitere Krankheitserscheinungen auftreten; oder es kommt zu einer regelrechten Angina lacunaris mit Schluckbeschwerden, Fieber, Rötung und Schwellung der Mandeln und ihrer Umgebung.

Besonders häufig konnte Verf. obige Beobachtungen bei Kindern machen, die Symptome von exsudativer Diathese aufwiesen oder seinerzeit als Säuglinge aufgewiesen haben, aber auch bei solchen, welche nie Erscheinungen dieser Konstitutionsanomalie gezeigt haben, traf er diese Form der Angina recht häufig an.

Wir müssen annehmen, daß bei der Form der Angina, wie Verf. sie oben beschrieben hat, wo wirklich absolut kein Symptom einer örtlichen Gewebsschädigung zu konstatieren ist, mit großer Wahrscheinlichkeit eine solche auf die Gefäßwände sich beschränkende besteht. Da nun solche Läsionen meistens auf hämatogenem Wege zustande kommen, hätten wir es mit einer Angina zu tun, die entstanden ist durch schädigende Agenzien, die auf dem Blut- oder dem Lymphwege in die Mandel gelangt sind. Der Lymphweg scheint für diesen Fall der wahrscheinlichere, weil die Mandeln lymphoide Organe sind und erwiesenermaßen mit dem Lymphgefäßsystem des ganzen Verdauungstraktus in inniger Verbindung stehen.

Die Genese dieser Form der Angina wäre nach dem eben Gesagten dann folgende: Das Kind erkrankt an einer Verdauungsstörung, deren Ursache man meistens leicht eruieren kann; durch Schädigung der Darmwand gelangen die bei der Verdauungsstörung entstehenden toxischen Substanzen in die Blut- und ganz besonders leicht in die Lymphbahnen des Verdauungstraktus und verursachen Schädigungen der Gefäßwandungen, was zu entzündlicher Exsudation führt.

Infolge der anatomischen Konfiguration der Mandeln mit ihrer Lakunenbildung wird sich das nach und nach bildende Exsudat in den Krypten zu größeren Massen ansammeln, weil es dort durch den Schluckakt z. B. nicht entfernt wird. Diese Ansammlungen von

Exsudat in den Krypten imponieren uns dann als die bekannten Pfröpfe.

Bei genauem Zusehen läßt sich aber auch sehr oft bei dieser Form der Angina auf der ganzen Mandel Exsudat beobachten, und zwar in Form eines weißen Schleiers, welcher die ganze Mandel überzieht.

Wie bereits hervorgehoben, verschwinden diese Erscheinungen auf den Tonsillen oft, ohne daß der Patient je die geringsten Beschwerden davon gehabt hätte, und ihm oder den Angehörigen wäre das Vorhandensein einer Angina nie zum Bewußtsein gekommen, wenn sie nicht durch den Arzt darauf aufmerksam gemacht worden wären. Im weiteren Verlauf der Krankheit aber können die örtlichen Symptome immer stärker hervortreten. Es kommt zu einer leichteren, sehr oft aber auch schwereren, ja bis zur Abszeßbildung sich steigernden Tonsillitis mit mehr oder weniger hohem Fieber.

Die lokale Entzündung dürfte in diesen Fällen durch eine der ja immer im Rachen zahlreich vorhandenen Bakterienarten hervorgerufen sein, die je nach der vorhandenen Widerstandskraft des Organismus oder unter dem Einfluß anderweitiger Schädlichkeiten ihre Wirksamkeit entfalten können. Nur in solchen Fällen, wo der Eiter eines entleerten Tonsillarabszesses Koligestank aufweist, wäre die Annahme, daß auch Kolibakterien auf dem Lymphwege in die Tonsille verschleppt worden sind, nicht von der Hand zu weisen.

Es sei noch bemerkt, daß Verf. diese Form der Angina hauptsächlich zur heißen Jahreszeit, wo ja erfahrungsgemäß auch die Verdauungsstörungen am zahlreichsten sind, beobachten konnte.

In der pädriatischen Literatur ist es einzig Moro, der eine Form der Angina erwähnt, welche mit dem Krankheitsbild, das Verf. beschrieb, große Ähnlichkeit hat. Es betrifft die Angina punctata der Säuglinge, über die er sich folgendermaßen äußert:

„Kleine, reinweiße, stecknadelspitzgroße Punkte auf blassen, kaum geschwellten Tonsillen, die oft mehrere Wochen persistieren. Daneben meist Fieber von sehr wechselndem Typus. Niemals Drüsenschwellungen. Fast regelmäßig im Anschluß daran Bronchitis. Trotz der fehlenden örtlichen Entzündung dürfte die Affektion als „Angina“ anzusprechen sein, die von dem bekannten, meist stürmischen Bild der Angina älterer Kinder und der Erwachsenen hauptsächlich nur deshalb so sehr abweicht, weil sie die erste Angina des menschlichen Lebens ist. Sind die Tonsillen zu wiederholten Malen infiziert worden, so entwickelt sich ein Zustand von (besonders lokaler) Überempfindlichkeit: rasch zunehmende Schwellung und intensive Entzündung der Tonsillen mit vorwiegend leukozytärer Exsudation, Schwellung der regionären Lymphdrüsen, steiler Temperaturanstieg; rascher Verlauf, meist keine Tendenz zur Ausbreitung auf die tieferen Luftwege, im Gegensatz zur ersten Angina. In ähnlicher Weise dürften die klinischen Unterschiede des eigenartigen Säuglingsschnupfens mit der Koryza der älteren Kinder zu erklären sein.“

Nach Moro würde sich also diese Form der Angina auf das Säuglingsalter beschränken und seine Erklärung für diesen Fall wäre daher annehmbar.

Wie nun aber aus seiner Arbeit hervorgeht, hat Verf. unabhängig von Moro ein ganz ähnliches Krankheitsbild auch bei älteren Kindern beobachten können, seine Erklärung würde für diese Fälle nur dann stimmen, wenn dies jeweilen die erste Angina wäre, die das betreffende Kind durchmachte. Dies traf aber in den wenigsten Fällen zu, im Gegenteil, es handelte sich manchmal um Kinder derselben Familie, die mindestens jedes Jahr, ja sogar mehrmals in diesem Zeitraum ihre Angina durchmachten. Die Mütter gaben dabei oft ganz spontan an, daß die Kinder schon längere Zeit vorher (wochenlang) verminderte Eßlust zeigten.

Moro erwähnt in seinem Referat nichts vom Zustand der Verdauungsorgane bei der Angina punctata der Säuglinge; Verf. konnte dort aber Verdauungsstörungen, allerdings oft nur geringen Grades, nachweisen wie bei den älteren Kindern und brachte durch Behandlung derselben die Krankheit immer rasch zum Verschwinden. Die Punkte blieben allerdings meistens längere Zeit bestehen, weil beim Säugling das Gurgeln in Wegfall kam, das Fieber aber verschwand durch geeignete Laxantien und Teediät gewöhnlich rasch. Verf. hat deshalb nie Veranlassung gehabt, eine besondere Form der Angina für Säuglinge anzunehmen, da er die gleiche bei Kindern jeglichen Alters beobachten konnte; wohl aber hält Verf. sich für berechtigt, eine besondere Form der Angina zu diagnostizieren, die als gastrointestinalen Ursprungs betrachtet werden muß. Die Beobachtung der älteren Ärzte scheint sich, wie in so vielen anderen Fällen, auch hier als richtig erwiesen zu haben, namentlich wenn man noch den Erfolg der eingeleiteten Therapie als Beweis gelten läßt, was entschieden berechtigt erscheint. Ist es doch nichts Ungewöhnliches in der Medizin, ex juvantibus auf die Ätiologie eines Leidens zu schließen.

Dies trifft nun für dieses Krankheitsbild in hohem Maße zu, indem keine therapeutischen Maßnahmen imstande sind, bei dieser Form der Angina so rasch zur Heilung zu führen wie Teediät und energische Laxantien. Durch diese Therapie gelingt es fast immer, das Fieber der Anginen, bei denen die Anamnese auf gastrointestinalen Ursprung schließen läßt, rasch zum Verschwinden zu bringen, so daß man nur in denjenigen Fällen, wo das Fieber und die lokalen Erscheinungen infolge einer, wenn man so sagen darf, sekundären lokalen Infektion weiter dauern, zu Antipyreticis: wie Aspirin, Phenazetin, Natr. salizyl. usw. zu greifen braucht. Die übliche lokale Behandlung hat selbstverständlich gleich von Anfang an energisch einzusetzen. Bei Kindern, die nicht gurgeln können, hat sich Verf. der Spray mit 2% Wasserstoffsuperoxydlösung vorzüglich bewährt.

Verf. hat erwähnt, daß er diese Form der Angina intestinalen Ursprungs besonders häufig bei Kindern mit exsudativer Diathese beobachten konnte; nun ist es ja seit den Publikationen Czernys längst bekannt und tausendfach erhärtet, daß nichts die Symptome der exsudativen Diathese so günstig beeinflußt wie ernährungstherapeutische Maßnahmen. Dies gilt nun ganz besonders auch für die rezidivierenden Anginen gastrointestinalen Ursprungs, und zwar decken sich die Vorschriften, die Czerny für die exsudative Diathese gibt und die wohl nun jedem Arzt bekannt sein dürften, mit den-

jenigen, die zur Vermeidung der rezidivierenden Anginen anzuraten sind, mit der einzigen Ausnahme, daß man in der Verabreichung von rohem Obst äußerst vorsichtig sein soll. Dasselbe ist nur in ganz geringen Mengen und nie in nüchternen Magen, also stets als Nachspeise zu verabreichen. Veranlassung zu dieser Beschränkung der üblichen Vorschriften gab die Beobachtung, daß gerade zur Obstzeit diese Anginen intestinalen Ursprungs in gehäuftem Maße aufzutreten pflegen. Grätzer.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Knack: **Halbseitige Mikrognathie bei einem neunjährigen Mädchen.** Die linke Gesichtshälfte ist auffallend verschmälert und flach. Der Mund kann weit geöffnet werden, dabei wird aber das Kinn nach links verschoben. Die Zähne sind ebenfalls etwas nach links verschoben, die Raphe palatina verläuft schief, die Zunge weicht beim Herausstrecken stark nach links ab. Diese Schiefheit des Gesichts soll seit zwei Jahren aufgetreten sein. Beim ersten Eindruck dachte man an eine progressive Gesichtsatrophie, der Nervenstatus (aufgenommen von Herrn Trömner) zeigte aber keinerlei neurologische Veränderungen, weder sensibler, noch motorischer oder sympathischer Art in den in Frage kommenden Haut-, Muskel- und Schleimhautpartien der linken Kopfseite. Es fand sich nur eine mäßige Atrophie des linken Masseters. Im Röntgenbilde (Oberarzt Haenisch) aber ließ sich eine sehr starke Wachstumshemmung der linken Unterkieferhälfte feststellen, es fehlte der linke Proc. articularis; eine Artikulation war links nicht zu erkennen. Die Gesichtsveränderungen waren demnach nur auf die erhebliche Entwicklungsstörung im Unterkieferknochen zurückzuführen, die Masseteratrophie mußte dabei als sekundär angesehen werden. Die Anamnese ergab außer einer Enuresis nichts Besonderes. Irgendein anderer ätiologischer Anhalt (etwa Lues u. dgl.) als der einer mit fortschreitendem Alter deutlicher werdenden Entwicklungsstörung fand sich nicht, auch sonst zeigte das Kind keine weiteren Mißbildungen. (Ärztl. Verein Hamburg, 4. Januar 1916.)

Klose: **Erythema infektiosum.** Fünfjähriges Mädchen. Die Erkrankung ist selten und wenig bekannt. Sie gehört in die Gruppe der akuten Exantheme und ist am nächsten verwandt mit Masern und Röteln. Charakteristisch ist das großfleckige, hochrote, konfluierte, leicht erhabene Exanthem auf den Wangen, das mit zackigen, scharfen Rändern in die normale Haut übergeht. Dabei ist das Gesicht leicht gedunsen. Ferner ist charakteristisch das girlandenförmige, konfluierte, im Zentrum hellere Exanthem an den Armen, das eine Bevorzugung der Streckseiten zeigt und besonders typisch an den Vorderarmen ausgebildet ist. An den Stellen, wo das Exanthem noch nicht konfluiert ist, so besonders an der Beugeseite der Arme, sind die Einzeleffloreszenzen bald morbilliform, bald kleinfleckiger und dem Exanthem der Röteln ähnlich. An den Beinen und in der Glutäalgegend ist das Exanthem nur angedeutet. Der Rumpf ist völlig frei. Das Erythema infectiosum zeigt ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild. Der Verlauf ist ein ausgesprochen gutartiger. Allgemeinerscheinungen und Fieber fehlen meist völlig, höchstens besteht einen Tag lang leichtes Unbehagen. Die Dauer des Ausschlages beträgt etwa acht Tage. Das Exanthem an den Wangen bleibt am längsten bestehen, während der Ausschlag an den Extremitäten meist schon nach 24 Stunden abblaßt. Komplikationen und Nachkrankheiten werden nie beobachtet. Befallen werden meist Kinder und jugendliche Individuen. Epidemisches Auftreten ist das häufigste, sporadische Fälle werden oft nicht erkannt. (Mediz. Verein Greifswald, 14. Januar 1916.)

Ghon: **Ätiologie der Appendizitis.** 14 jähriger Schlosserlehrling, der zwei Monate vor seinem Tode mit Kopfschmerz und Fieber erkrankt war, tags darauf Schüttelfrost hatte und einige Tage später über Schmerzen im rechten Hypochondrium und in der Ileozökalgegend klagte. Sektionsbefund: Dräniertes fötides Empyem der rechten Pleurahöhle mit Kompressionsatelektase des Unterlappens der rechten Lunge. Mehrere alte abgekapselte Leberabszesse verschiedener

Größe; ziemlich frische Thrombophlebitis einiger Lebervenen und des Endstückes der V. cava inferior nebst mehreren frischen hämorrhagischen Infarkten im linken Unterlappen. Subakuter Milztumor. Stecknadel im Lumen des Wurmfortsatzes bei Resten von Appendizitis. Nach dem Sektionsbefunde stand das Empyem genetisch durch die Thrombophlebitis der Lebervenen mit den Leberabszessen im Zusammenhange, und die Leberabszesse waren augenscheinlich von den Veränderungen des Wurmfortsatzes abhängig, zumal eine andere Ursache für sie nicht gefunden wurde. Die Stecknadel war nicht eingespießt, ihr Kopf lag distalwärts, ihre Spitze proximalwärts, so daß anatomisch Stecknadel und Wurmfortsatzveränderungen keine ursächlichen Beziehungen zueinander zeigten, was mit den Erfahrungen der pathologischen Anatomie über die Bedeutung der Fremdkörper für die Appendizitis übereinstimmt. Die Stecknadel ist wahrscheinlich erst später in den Wurmfortsatz gelangt.

(Verein deutscher Ärzte in Prag, 21. Jan. 1916.)

Kramer: **Demonstrationen von Fällen Friedreichscher Tabes bei Geschwistern.**

a) Das ältere Mädchen, 15 Jahre alt, erkrankte mit zirka acht Jahren an statischer und lokomotorischer Inkoordination. Diese hat sich seither so gesteigert, daß Patientin ohne Unterstützung nicht ohne Gefahr gehen kann. Daneben besteht zurzeit auch eine langsame, zögernde Sprache; beidseitiger Hohlfuß mit geringer Equinusstellung und Dorsalflexion der großen Zehe, rechts etwas stärker als links. Die Patellarreflexe fehlen, der Bauchdeckenreflex ist sehr lebhaft. An den Augen, außer beginnendem, dynamischem Nystagmus horizontalis keine pathologischen Veränderungen, die Pupillen reagieren besonders gut. Deutliches Rombergsches Symptom ist nicht vorhanden.

b) Bei dem jüngeren Mädchen, $10^1/_2$ Jahre alt, ist die Ataxie auch deutlich, aber weniger stark ausgesprochen als bei der Schwester. Die Patellarreflexe sind vorhanden, aber schwach. Es besteht, angeblich seit dem Sommer 1915, in welchem die ersten Erscheinungen bei ihr auftraten, ein Strabismus convergens concomitans des linken Auges. Augenhintergrund ist normal. Auch hier kein Romberg.

Beide Mädchen sind schwachsinnig und euphorisch, das jüngere zeigt daneben eine mongoloide Physiognomie. Die Schulleistungen seien allmählich schlechter geworden. Die Sensibilität und die vegetativen Funktionen sind bei beiden intakt. Ätiologisch kommt in diesen Fällen die Konsanguinität der Eltern (Geschwisterkinder) und der Alkoholismus des Vaters in Betracht. Frühere ähnliche Erkrankungen in der Aszendenz sind nicht bekannt. Dagegen leidet ein 18 jähriger Bruder der Patientinnen seit seinem zehnten Lebensjahr an derselben Krankheit. Ein jüngerer, dreijähriger Bruder ist noch gesund.

Diskussion: Veraguth zeigt Rückenmarkpräparate von Friedreichscher Krankheit und von Hérédoataxie cérébelleuse. Es ist einstweilen noch sehr schwer, bei der Friedreichschen Krankheit den Zusammenhang zwischen klinischem und pathologisch-anatomischem Bild zu verstehen. Namentlich ist der gewöhnlich geringe Befund an Sensibilitätsstörung und die weitgehende Degeneration der Hinterstränge hervorzuheben. Das physiopathologische Verständnis kann nur verbessert werden durch genaues anatomisches Studium von in Frühstadien Gestorbenen und dann nur durch Berücksichtigung auch der frontalen Metameren (insbesondere wohl der frontalen Teile der zerebellaren Systeme bis über den roten Kern hinaus und im Stirnhirn). Die Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes in Form der Hérédoataxie cérébelleuse durch Pierre Marie hält Veraguth für klinisch und pathologisch-anatomisch gerechtfertigt. Aber damit ist die Mannigfaltigkeit der in das Gebiet der angeborenen Störungen der zerebellaren Störungen gehörenden Affektionen nicht erschöpft. Veraguth hat innerhalb des letzten Jahres vier Fälle gesehen, die weder zum Bilde der Friedreichschen Krankheit, noch zur Hérédoataxie noch zu einer der andern differentialdiagnostisch in Betracht fallenden Erkrankungen gehören, aber unter sich die größte Ähnlichkeit, besonders in ihren zerebellaren Störungen aufweisen.

Schultheß: Zur Erklärung des Hohlfußes bei Friedreichscher Krankheit muß man sich der mechanischen Bedingungen erinnern, unter denen in anderen Fällen Hohlfuß auftritt: Wir finden den Hohlfuß bei dem Überwiegen der Kraft in den kurzen Fußsohlenmuskeln gegenüber dem Wadenmuskel und den langen Muskeln. Die Formveränderung ist hier so zu erklären, daß die kurzen starken Muskeln die Ferse dem Vorderfuß abnorm nähern und dadurch das Fuß-

gewölbe höher stellen. Wir finden aber dieselbe Deformität, wenn die kurzen Fußmuskeln, ganz besonders die kurzen Flexoren gelähmt oder bedeutend geschwächt sind bei Erhaltensein der langen Muskeln. Hier fehlt speziell den langen Zehenstreckern der Antagonist, welcher die hintere Phalanx im Sinne der Plantarflexion bewegt bzw. fixiert. Dadurch wird bei der Arbeit der Strecker die hintere Phalanx aufgestellt im Sinne der Dorsalflexion, und ganz besonders bei der großen Zehe spannt sich nun die lange Strecksehne brückenartig über das Metakarpophalangalgelenk. Daraus resultiert ein Abwärtsdrängen dieses Gelenkes und damit eine Steilerstellung der Metakarpi. Infolgedessen führt die kombinierte Arbeit der langen Strecker und der langen Beuger nur zu einer Stauung der Zehen und des Fußes. Bei der Friedreichschen Krankheit müssen wir uns also ebenfalls vorstellen, daß eine dieser Kombinationen in der Schwächung bzw. Kraftentwicklung der Muskeln zu finden sei. Und tatsächlich sieht auch in diesem Falle die Fußsohle so aus, als ob die kleinen Fußmuskeln atrophisch wären. Die Spitzfußstellung deutet überdies darauf hin, daß die gesamten dorsalflektierenden Muskeln relativ schwächer seien, als die plantarflektierenden langen Muskeln. Das Symptom des Hohlfußes muß also bei Friedreichscher Krankheit in jedem Falle nach dieser Richtung analysiert werden.

(Gesellschaft der Ärzte in Zürich, 20. Nov. 1915.)

III. Therapeutische Notizen.[1]

* **Über ein neues Silberkolloid „Dispargen“.** Von Dr. Heinrich Wirgler. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik Graz.) Dieses Mittel, von der Chem. Fabrik Reisholz in Düsseldorf hergestellt, hat noch bessere Wirkung als Elektrargol, ist billiger als dieses und gibt größere Dosierungsfreiheit, da Elektrargol nur in Phiolen mit 5 ccm Inhalt in den Handel kommt, während Dispargen in beliebig großen Phiolen und beliebigem Prozentgehalt geliefert wird. Nach der Injektion erfolgt langsamer Anstieg der Temperatur, bis diese nach etwa 2 Stunden den Höhepunkt erreicht. Die Temperatursteigerung beträgt durchschnittlich 1—$2^1/_2{}^0$. Während dieser Zeit oft Schüttelfrost von 10—20 Minuten Dauer. Hierauf langsamer Abfall der Temperatur, die nach 6 Stunden die normale Höhe, manchmal sogar subnormale Werte erreicht. Die besten Wirkungen des Dispargens wurden bei rechtzeitiger Anwendung im Beginn einer septischen Erkrankung beobachtet; in solchen Fällen genügte oft eine Injektion, um die Temperatur auf normale Höhe herabzudrücken und auch bis zur vollständigen Heilung festzuhalten, wobei auch die lokalen Krankheitserscheinungen rasch zum Abklingen gebracht wurden. Man injiziere intravenös! In der ersten Einspritzung 2 ccm einer $2^0/_0$igen Lösung. (= 0,04 Dispargen), in den folgenden Einspritzungen 5 ccm der gleichen Stärke. Bei Kindern beginne man mit 1 ccm einer $2^0/_0$igen Lösung. Nicht nur bei septischen Wunderkrankungen, sondern auch bei puerperalen Prozessen, Erysipel, Typhus, Meningitis, Tetanus beste Erfolge!

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 25.)

* **Zur Bekämpfung des Pyozyaneus.** Von Oberarzt d. L. Dr. C. Meyer am städtischen Krankenhaus in Danzig. Das Mittel, das Verf. stets und prompt befriedigt hat und welches geradezu eine spezifische Einwirkung besitzt, ist das Salol. Die Anwendung ist die denkbar einfachste: Wo es angeht, wird die Wunde mit Salol direkt bestreut, wo es nötig ist, dasselbe auch in tiefere Buchten eingestreut. Sind die Wunden komplizierter bzw. zirkulär, so wird das Salol auf die Mullkompresse aufgestreut und diese eng an die Wunde gelegt. Bei leichter, eintägiger Infektion ist schon am nächsten Tag im Verband kein blauer Eiter mehr zu sehen; bei intensiverer Beteiligung des Pyozyaneus muß der Salolverband mehrere Tage hintereinander erneuert werden. Nur muß man beachten, daß auch die kleinste Ecke und entlegenste Bucht mit Salol bedacht wird, denn nur da, wo das Salol hingelangt, wird, streng abgegrenzt, der Pyozyaneus radikal vernichtet. Der Erfolg wird nicht nur ganz sicher und prompt sein, sondern auch andauernd. Im Frieden hat Verf. besonders nach Osteomyelitisoperationen, wo

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



der Pyozyaneus sehr gerne sich nachträglich einstellt, die ausgezeichnete Wirkung des Salols festgestellt. Eine Schädigung der Wunde oder des Allgemeinbefindens bei vernünftiger Anwendung hat er nie beobachtet. Das einfache Mittel wird auch bei den Kriegsverletzungen seine sichere Wirkung nicht verfehlen.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 24.)

* **Zur Behandlung der Pyozyaneusinfektion.** Von Prof. Felix Franke in Braunschweig. Verf. verwendet Airol gegen den blauen Eiter schon seit über 15 Jahren und immer wieder, auch jetzt bei den Kriegsverwundeten, mit geradezu verblüffendem Erfolge. Airol ist eine Jod-Wismutverbindung, die sich bei Einwirkung von Wasser unter Abspaltung von Jod rotgelb färbt. Dieses naszierende Jod ist offenbar der wirksame Anteil des Airols. Dementsprechend darf das Airol nicht als trockenes Pulver aufgestreut, sondern muß in Form einer Aufschwemmung, eines dünnen Breies verwandt werden. Verf. verrührt es gewöhnlich mit Salveollösung und streicht es mit dem Spatel auf das erkrankte Gebiet gut auf, bringt es auch, evtl. mit einem Pinsel, in Buchten und Höhlen. Gewöhnlich ist dann am nächsten Tage der blaue Eiter gänzlich geschwunden. Man kann auch jede andere Flüssigkeit verwenden, Lysol, Karbol, Hydrargyrum oxycyanatum-Lösung, Kochsalzlösung oder einfach abgekochtes Wasser. Bei Verwendung von Sublimatlösung scheint die Zersetzung des Airols zu schnell zu erfolgen. Ein besonderer Vorzug des Mittels ist seine Fähigkeit, die Wunden zu trocknen, die allerdings an die des Xeroforms, das Verf. für diese Zwecke ganz besonders empfehlen möchte, nicht heranreicht. Soll der Brei nicht austrocknen, was meist sehr schnell geschieht, so setzt man ihm etwas Glyzerin zu.

(M. m. W. 1915 Nr. 30.)

* **Zur Bekämpfung des Pyozyaneus** schreibt Prof. A. Neisser-Breslau: „Seit Jahren verwende ich, um mit Pyozyaneus infizierte Wunden zu reinigen, 10%ige Protargolvaseline. Ich kann diese, seinerzeit auch von Mikulicz nachgeprüfte Behandlungsweise als sehr brauchbar empfehlen. Wird die Salbe leidlich dick aufgetragen, so dringt sie in alle Buchten und Falten der Wunde leicht ein.“ (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 26.)

* **Ein neues, für jede Applikationsart geeignetes Jodpräparat: „Joddihydroxypropan“ (Alival).** Von Dr. Otto Better. (Aus Prof. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.)

1. Die Injektion hat stets intramuskulär in den äußeren, oberen Quadranten der Regio glutaea zu erfolgen mit einer kleinen, vorher ausgekochten Rekord- oder Pravazspritze.

2. Für die Fälle mit manifesten luetischen Symptomen empfiehlt es sich, eine möglichst hochprozentige Lösung zur Injektion zu wählen. Zuerst täglich zu injizieren, beginnend mit 1 ccm; falls dies vertragen wird, auf 2 ccm zu steigern, bis eine deutliche Heilungstendenz zutage tritt; alsdann injiziert man in Abständen von 2 Tagen, später nur 1—2 mal pro Woche.

3. Für die Fälle mit subjektiven Symptomen genügen in der Regel 1—3 Injektionen einer 50%igen Lösung in Abständen von 2—3 Tagen.

Das von den Höchster Farbwerken in den Handel gebrachte Alival löst sich fast in jedem Verhältnis Wasser, so daß man sich jederzeit selber eine beliebig hochprozentige Lösung herstellen kann. Will man es verschreiben, so wählt man am einfachsten wohl eine $66^2/_3$%ige Lösung aus 2 g Alival und 1 g Wasser. Das Volumen dieser 3 g-Lösung beträgt 2 ccm. 1 ccm der Injektionsspritze enthält demnach 1 g Alival = 0,628 g Jod.

Beispiel: Rp. Alival 20,0
Aqua dest. 10,0
M. exactissime f. solut.
D. ad vitrum de 20 ccm
S. Zur Injektion.

Die Versuche mit dem Alival berechtigen, in dem neuen Mittel ein unschätzbares therapeutisches Hilfsmittel zur Heilung der tertiären Lues zu sehen, das allen bisher bekannten Jodpräparaten in bezug auf Heilkraft und Schnelligkeit des Erfolges weit überlegen ist. Verf. hält das Alival für eine äußerst wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes. (D. m. W. 1915 Nr. 22.)

* **Thigasin in der gynäkologischen Praxis.** Von Dr. W. Schönwitz (Klinik von Prof. Nagel, Berlin). Sehr befriedigende Erfolge bei Pruritus vulvae. Die

Anwendung des Thigasins geschieht in der Weise, daß man die zu behandelnden Stellen mit Gaze reinigt und dann mit einer ziemlich dicken Schicht Thigasin bedeckt. Schädliche Folgen oder unangenehme Erscheinungen bei der Behandlung mit Thigasin hat Verf. in keinem Falle gesehen. Die Patientinnen waren mit der bequemen Anwendungsart dieses Mittels außerordentlich zufrieden. Verf. glaubt, daß die entzündungshemmende, resorptionsbefördernde und juckreizlindernde Wirkung dem Thigasin einen bleibenden Platz im Arzneischatz des Gynäkologen sichern wird. (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 2.)

* **Cotarnin.** Von Heinr. Offergeld (Frankfurt a. M.). Das von Freund als ungiftiges Oxydationsprodukt des Narkotins hergestellte Cotarnin besitzt als naher Verwandter des Hydrastinins dessen erregende und kontrahierende Wirkung auf die glatte Muskulatur von Darm, Blase und besonders Uterus, weniger auf die der peripherischen Gefäße. Offergeld wandte es intramuskulär in der Dosis von 0,3 an, ohne schädliche Nebenwirkungen auf Magen und Darm beobachten zu können. Kleinere Dosen fand er wirkungslos. Das Indikationsgebiet des Cotarnins sind genitale Blutungen jeglicher Ursachen, sobald sie nicht durch Gravidität oder Tumor kompliziert sind; es wirkt im Gegensatz zum Hydrastinin, das funktionsfähige Uterusmuskulatur zur Voraussetzung hat, auch noch bei schwer metritisch verändertem Myometrium, wenn auch wesentlich schwächer. Das Präparat findet sein großes Anwendungsgebiet bei Meno- und Metrorrhagien durch Erkrankungen des Endometriums ohne oder mit entzündlicher Basis zunächst bei einer den kindlichen Organismus schwächenden Menstruatio praecox in entsprechend geringeren Gaben, sodann bei Pubertätsblutungen. Ferner ist es indiziert bei den starken Uterinblutungen, welche sekundär im Anschluß an Allgemeinleiden auftreten oder durch Stauungen im Uterus und kleinen Becken selbst bedingt sind, z. B. bei Retroflexio. Symptomatisch wirkt es vortrefflich bei Tuberkulose, hämorrhagischer Diathese, Adipositas universalis, Nephritis, Gicht und Herzfehlern. Seine Hauptanwendung findet es bei der echten Endometritis, Metritis und ihren Mischformen, und ist es hier auf der Höhe der Blutung zu verabreichen, sodann auch bei akuter Parametritis sowie bei Stauungsblutungen durch Perimetritis, endlich in der Klimax, aber hier nur bedingungsweise. Unbrauchbar ist das Cotarnin für die Geburtshilfe.
(Arch. f. Gyn. 104 H. 2. — D. m. W. 1915 Nr. 35.)

* **Beitrag zur Organotherapie der Amenorrhoe.** Von Dr. Robert Köhler. (Aus der gynäkologischen Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien.) Mit Luteoglandol (einem Corpus luteum-Präparat) und Enteroglandol (Extrakt aus Dünndarmschleimhaut) wurden recht zufriedenstellende Resultate erzielt, ebenso mit Pituglandol. Diese Präparate (Hoffmann, La Roche & Co.) wurden täglich oder in Intervallen von 2—3 Tagen injiziert (meist intramuskulär, seltener subkutan). Nach 3—18 Injektionen vielfach mehrmonatlicher, aber auch dauernder Erfolg. Manchmal etwas Temperatursteigerung und Kopfschmerzen, sonst keine unangenehmen Nebenerscheinungen. (Zbl. f. Gyn. 1915 Nr. 38.)

* **Zur medikamentösen Behandlung der Dysmenorrhoe** empfiehlt Prof. Dr. E. Hoke (Komotau):

Rp. Codein. 0,03
Salipyrin. 0,5
D. t. dos. Nr. X.
S. Täglich 3—6 Pulver.

(Ther. d. Gegenw., Sept. 1915.)

Ein einfacher Apparat zur quantitativen Bestimmung von Eiweiß, selbst in kleinsten Mengen. Von Dr. Richard Weiß, Oberapotheker im Festungslazarett I, Straßburg i. E. Als Reagens dienen 5 ccm einer Phosphorwolframsäurelösung, welche in einer Konzentration verwendet wird, die gerade noch imstande ist, 0,0001 g Eiweiß zu deutlicher Trübung zu bringen. Eine solche Lösung ist folgendermaßen zusammengesetzt: Phosphorwolframsäure 1,5 g, konz. Salzsäure 5 ccm, Alkohol 95%ig ad 100 ccm. Die Reaktion führt man mit dieser Lösung am besten in dem dafür konstruierten Albuminometer aus, indem man in denselben Reagens bis zum Teilstrich 5 ccm (R) gibt und dann Harn vorsichtig tropfenweise zufügt, bis gerade eine Trübung entsteht. Nach jedem Tropfen ist die Mischung leicht umzuschütteln. Sobald die Trübung eingetreten ist, liest man den unteren Meniskus des Flüssigkeitsstandes im Apparat ab und hat dann die Menge Flüssigkeit, in welcher 0,0001 g Eiweiß enthalten ist. Der Rest der

Untersuchung ist Kalkulation. Selbstverständlich müssen die zur Verwendung gelangenden Flüssigkeiten ganz klar filtriert sein. Wesentlich ist noch die Beobachtung, daß das Resultat am genauesten wird, wenn man weniger als 0,1 ccm Harnflüssigkeit zur Reaktion verwendet. Wenn man daher in einem Vorversuch findet, daß die Trübung erst nach Zusatz von 0,1 ccm unverdünntem Harn eintritt, dann wird man eine Verdünnung, zunächst am besten 1 + 9 Teile mit Essigsäure angesäuertem Wasser, anwenden. Der Apparat wird mit Reagens für 20 Untersuchungen zum Preise von 5,50 Mk. abgegeben und ist durch die einschlägigen Geschäfte, wie Medizinisches Warenhaus, Berlin, Stoss, Wiesbaden, zu beziehen. (M. m. W. 1915 Nr. 30.)

*** Zur Behandlung der Rhinitis sicca anterior.** Von Dr. Stern (Bad Reinerz). Verf. wendet seit 15 Jahren Europhensalbe (5—10%, aus Vaselin, Lanolin āā) mit nie versagendem Erfolge an. Der Patient bringe mit Wattestreichholz diese Salbe 3mal täglich (später seltener) an die erkrankten Stellen, vorzüglich die unteren Stellen der Scheidewand. (Ther. d. Gegenw., März 1915.)

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Das Reichsversicherungsamt hat eine Krankenkasse dazu verurteilt, einer Kriegerfrau, die Zwillinge geboren hatte, für ihre Kinder doppeltes Stillgeld zu zahlen. In der Säuglingsfürsorge sei die zweckmäßige und ausreichende Ernährung von besonderer Bedeutung. Das Stillgeld soll die Mutter in den Stand setzen, den Säugling selbst zu stillen, da die Muttermilch die beste Nahrung für den Säugling sei. Bei der Geburt von Zwillingen wird eine besonders reichhaltige und zweckentsprechende Ernährung der Mutter erforderlich sein. Oft wird auch die Ergänzung durch andere gute Säuglingsnahrung nötig sein. Es entspreche dem Wesen und Zweck der Bestimmung, daß auf jeden Säugling ein volles Stillgeld entfalle. Das gleiche gelte auch für die Kriegswochenhilfe.

— Das Rote Kreuz hat eine besondere Fürsorge für Schwangere eingerichtet. Bedürftige Kriegerfrauen erhalten, wenn ärztlich Schwangerschaft bescheinigt ist, für die letzten drei Monate eine wöchentliche Unterstützung in bar bzw. Lebensmitteln; ferner Säuglings- bzw. Wöchnerinnenwäsche. Auch wird, falls erforderlich, ärztliche und Hebammenhilfe vermittelt.

— Im Reichstag ist gemäß einem Antrag des bekannten Abgeordneten Dr. Hitze am 21. v. M. die Einsetzung eines besonderen Ausschusses beschlossen worden, der alle Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung, die mit dem Problem der Bevölkerungspolitik zusammenhängen, beraten soll.

Neukölln. Die Stadtverwaltung hat dem städtischen Lehrpersonal der Mittel- und Gemeindeschulen im Auftrage der Schuldeputation eine von Geh.-Rat Baginsky verfaßte Schrift über die wichtigsten ansteckenden Kinderkrankheiten überwiesen.

Breslau. Die Vorschlagsliste der Fakultät für den Lehrstuhl der Kinderheilkunde lautete: Moro (Heidelberg), Birk (Kiel), Stolte (Berlin), Eckert (Berlin), Bessau (Breslau). Stolte hat den Ruf angenommen.

Halle a. S. Eine unentgeltliche Beratungsstelle für unbemittelte Eltern bzw. Angehörige abgearteter Kinder sowie Geisteskranker und Anormaler wird am 1. Juli der Universitätsnervenklinik angegliedert.

Jena. Eine außerordentliche Professur für Kinderheilkunde soll hier errichtet werden.

Budapest. Dr. Bókay hat sich für Pädiatrie habilitiert.

Kopenhagen. Ein Heim für syphilitische Kinder nach dem Muster des Welander-Heims in Stockholm wird hier errichtet.

— Gestorben: Delore, ehemaliger Prof. der Chirurgie, Frauen- und Kinderheilkunde in Lyon, 89 Jahre alt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. Oktober 1916. Nr. 10.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Hans Langer, Ein sparsamer Blutserumnährboden für die Diphtheriediagnose. (Aus dem Städtischen Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten in Charlottenburg.) (D. m. W. 1916 Nr. 17.) Der Löfflersche Nährboden wird bekanntlich aus Rinder-, Hammel- oder Pferdeblutserum hergestellt; aus äußeren Gründen benutzt L. Hammelserum, weil er dieses auf dem Schlachthofe am ehesten steril und in größeren Mengen erhalten kann. Bei großem Bedarf machen sich nun bisweilen Schwierigkeiten in der Beschaffung des nötigen Vorrats geltend; solche Schwierigkeiten könnten gelegentlich zu einer direkten Kalamität werden.

Zur Erzielung einwandfreier Löfflerplatten ist eine verhältnismäßig hohe Nährbodenschicht erforderlich. Bei Glasschalen mit 8 cm Durchmesser werden daher zur Herstellung einer Serumplatte ungefähr 15 ccm Serumgemisch ($^2/_3$ Hammelserum + $^1/_3$ Bouillon) verbraucht. Werden Platten mit weniger Material ausgegossen, so besteht die Gefahr, daß beim Erstarren des Serums eine Vertrocknung und Verkrustung eintritt, wodurch die Qualität des Nährbodens erheblich vermindert wird.

Der Wunsch, einerseits auf die als so hervorragend erkannten Löfflerplatten nicht verzichten zu müssen und anderseits eine möglichst große Ausnutzung zu erreichen, führte zu der nachfolgenden Modifikation in der Herstellung der Platten. Die üblichen Petrischalen mit 8 cm Durchmesser werden mit etwa 10 ccm eines 2%igen Wasseragars gefüllt (mit 0,5% NaCl, ohne Fleischwasser, ohne Pepton). Nach dem Festwerden des Agars wird auf diese Agarplatte die Löfflersche Serummischung in dünner Schicht aufgegossen. Es sind hierzu etwa 5 ccm erforderlich. Die Platte wird nunmehr in den Erstarrungsapparat eingesetzt und bei von 70 auf 90° steigender Temperatur zum Erstarren gebracht. Die Erstarrung ist nach durchschnittlich 3 Stunden erreicht, während bei gleichem Verfahren die üblichen Löfflerplatten wenigstens 6 Stunden erfordern. Nach dem Erstarren muß wegen der Verflüssigung des Agars die Platte vorsichtig herausgenommen werden. Mit der Abkühlung wird der Agar wieder fest, und man erhält so eine Kulturplatte, deren Oberfläche eine einwandfreie Blutserumplatte darstellt. Verf. hat diesen Nährboden bereits an einem großen Material im Vergleich zur Original-Löfflerplatte geprüft und hat nicht nur eine völlige Gleichwertigkeit feststellen können, sondern sogar bisweilen eine

direkte Überlegenheit in der Üppigkeit des Wachstums. Die Gründe hierfür sind wohl darin zu suchen, daß infolge der durchwärmten Agarschicht eine gleichmäßigere Erhitzung des Blutserums eintritt, während bei der sonst üblichen Einfüllung durch die Wärmeleitung des Glases die Erstarrungstemperatur in den verschiedenen Schichten des Serums zu verschiedenen Zeiten erreicht wird. Ein weiterer Vorteil des Nährbodens liegt darin, daß trotz übereinstimmender Konsistenz mit dem Löfflerserum eine größere Festigkeit und größere Elastizität erreicht wird und damit auch die Möglichkeit, das Untersuchungsmaterial gründlich zu verreiben, erhöht wird. Durch Anwendung dieser Nährbodenbereitung ergibt sich folgende Ersparnis: Für jede Platte werden anstatt 15 ccm Blutserummischung nur 5 ccm verbraucht, das bedeutet die dreifache Ausnutzung des Materials. Setzt man den Preis von 1 Liter Blutserummischung etwa mit 1,50 M. an und die Bereitung von 1 Liter Wasseragar mit 0,15 M., so läßt sich ohne weiteres errechnen, daß die angegebene Bereitung der Blutserumplatte nicht nur zu einer „Streckung" des Serums, sondern zu einer direkten Ersparnis führt.

Zusammenfassend ergibt sich als Vorteil der dargestellten Modifikation gegenüber der Löfflerplatte: Weitgehende Ausnutzung des Blutserums; schnellere Erstarrung und größere Unabhängigkeit von äußeren Schwankungen während der Erstarrung; gesteigerte Festigkeit und Elastizität; größere Wirtschaftlichkeit bei wenigstens gleichwertiger Nährbodenqualität. Grätzer.

Hagedorn (Görlitz), Zur chirurgischen Behandlung der Rachitis. (D. m. W. 1916 Nr. 19.) Unsere Hilfsmaßnahmen bei rachitischen Verkrümmungen sind in bezug auf die Knochen selbst einheitliche, die stets zu sehr befriedigenden Endresultaten geführt haben; diese chirurgische Therapie muß das bestehende Übel in Kauf nehmen und soll die stationären Folgeerscheinungen einem normalen Zustande wieder nahebringen. Bis zum zweiten, höchstens bis zum dritten Lebensjahre gelingt es noch, die krankhaft verbogenen Röhrenknochen allmählich wieder in gerade Stellung zu biegen, wenn vorher eine Zeitlang die Knochen im Gipsverbande völlig ruhiggestellt werden (Lorenzsche Behandlung). Man muß daher, wenn man erreichen will, ohne jedes Brechen der Knochen auszukommen, die Erweichung der Knochen noch weiter unterstützen, muß also bestrebt sein, vor allem ihren Kalzium- und Phosphorgehalt vorerst nicht aufzubessern; es soll der Knochen möglichst weich werden und bleiben. Nach vier Wochen wird der Gips, der auf dünnem Trikotschlauch angelegt wird, um sich möglichst der Form des Beines anzupassen, gewechselt; vor Anlage eines neuen Gipsverbandes wird der Knochen vorsichtig, aber energisch weiter einer normalen Stellung zugebogen; man muß damit Halt machen, bevor der Knochen bricht, gipst ein und wartet wieder einige Wochen; nach drei- bis viermaligem Wechsel hat man die Verkrümmung ausgeglichen. Verf. betont aber immer wieder, daß diese Behandlung sich nur für ganz jugendliche Kranke, für das Alter bis höchstens drei Jahre eignet. Da der Knochen bei älteren Kindern spröder ist, so muß man den Knochen unblutig an der Stelle der größten

Verbiegungen brechen; im Ätherrausch gelingt es wohl meist ohne Mühe. Die Gipsbehandlung ist dann verkürzt, da die Frakturstelle in kürzerer Zeit fest knöchern auszuheilen pflegt. Ist bei diesen beiden Behandlungsarten die Geradstellung bzw. die knöcherne Verheilung erzielt, dann erst wird unter Anlegung eines leichten, noch stützenden Gipsgehverbandes oder besser noch einer abnehmbaren Zelluloidhülse, die Verf. sich selbst auf dem Gipsmodell anfertigt, auch intern daraufhin gearbeitet, während das Kind dauernd Gehversuche macht, dem Knochen genügend Kalk und Phosphor zuzuführen; Phosphorlebertran und Kalziumazetate, Eiweißpräparate und Kalziumphosphate sollen jener beiden Stoffe Gleichgewicht im Körperhaushalt bessern und heben. Massage der durch die lange Behandlungsinaktivität schwachen und verkümmerten Muskulatur, ausgiebiger Aufenthalt in freier Luft, mediko-mechanische, besser noch -aktive Übungstheorie setzen zugleich steigend ein; regelmäßige Sol- und Kleiebäder sowie kalte Abreibungen sollen eine Abhärtung des Körpers anstreben und erzielen. Fast jedesmal muß bei Beginn der stationären Behandlung die Milchnahrung erheblich eingeschränkt werden, die, in manchmal unglaublichen Mengen, den Kindern zu reichlich gegeben zu werden pflegt. So erzielt man tatsächlich auch eine erfreuliche Heilung durch Erreichung einer brauchbaren Geradestellung, von der zu hoffen ist, daß sie dauernd anhalten wird. Die komplizierten Formen rachitischer Verkrümmungen, besonders mehrfache Verbiegungen am Ober- und Unterschenkel oder an einem Röhrenknochen zusammen, werden von Anfang an, wenn sie über die Grenze von etwa drei bis vier Jahren hinaus gekommen sind, gleich chirurgisch angegriffen, und zwar durch die lineare oder, wenn nötig, Keilosteotomie, welche Eingriffe ohne Störung reaktionslos zu heilen pflegen. Besonders scheint es Verf. am geeignetsten, die rein auf das Kniegelenk begründeten Verbiegungen, je nach Befund, im Femur oder in der Tibia zu osteotomieren, da diese Entstellungen einer einfachen Gipsbehandlung trotzen und auch der durch die krankhafte Belastung schon sehr gelockerte Bandapparat durch die einseitige Bandüberdehnung beim unblutigen, konservativen Verfahren noch mehr geschädigt wird.

Grätzer.

G. Fendler und **P. Borinski,** Nährhefe als Nahrungsmittel. (Aus der Chemischen Abteilung des Medizinalamtes der Stadt Berlin.) (D. m. W. 1916 Nr. 22.) „Das Medizinalamt hat im Rahmen der Berliner Schulkinder-Mittagsspeisung Erfahrungen über die Eignung von Trockenhefe für Massenspeisungen gesammelt. Eine Gruppe von 100 Kindern, zur Hälfte Knaben, zur Hälfte Mädchen, im durchschnittlichen Alter von 10 Jahren, wird seit Mitte Oktober abgesondert von den übrigen an der Schulspeisung teilnehmenden Kindern beköstigt. Diese Sonderspeisung hat den Zweck, Erfahrungen über eine möglichst zweckmäßige Zusammensetzung der Schulkinder-Mittagsmahlzeiten zu sammeln. Die Mahlzeiten für diese 100 Kinder werden in der Küche des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zubereitet. Es war von vornherein ins Auge gefaßt worden, die im wesentlichen aus pflanzlichen Nahrungsmitteln zusammengesetzten Speisen ver-

suchsweise durch Zusatz von Nährhefe mit Eiweiß anzureichern. Zunächst wurde für diesen Zweck Brauereitrockenhefe verwendet, welche von dem Institut für Gärungsgewerbe bezogen war. Die Kinder erhielten am 14. Oktober 1915 Milchreis mit 5 g Hefe in der Portion, am 18. Oktober Kartoffeln mit Specktunke und 10 g Hefe, am 19. Oktober Rotkohl und rote Rüben mit Kartoffeln und 5 g Hefe, am 20. Oktober Heringskartoffeln mit 5 g Hefe. Bei allen diesen Gerichten machte der Hefezusatz sich durch einen mehr oder weniger bitterlichen Geschmack bemerkbar, der jedoch in keinem Falle so stark war, daß die Speisen ungenießbar gewesen wären; ihr Wohlgeschmack war immerhin merklich beeinflußt. Auch wurde der erwähnte Geruch nach schlechtem Bier besonders bei der Zubereitung unangenehm empfunden. Am 22. Oktober wurde ein Gericht „Gemüsegulasch" bereitet, das für den Kopf 10 g Hefe enthielt; diese entstammte offenbar einer anderen Packung als die vorher verwendete Hefe. Der Geschmack des Gerichts war derart bitter, daß es den Kindern nicht vorgesetzt werden konnte. Infolgedessen sollte von der ferneren Verwendung der Brauereihefe abgesehen werden. Allerdings ist späterhin, Ende April und Anfang Mai, infolge eines Mißverständnisses nochmals Brauereihefe, die aus einer älteren Lieferung stammte, verwendet worden, ohne daß die damit bereiteten Speisen zu Anständen Veranlassung gaben. Es ist dies ein weiterer Beleg dafür, daß die Brauereitrockenhefe recht verschieden ausfallen kann.

Da laut den uns vom Institut für Gärungsgewerbe gemachten Mitteilungen zu Beginn des Jahres 1916 mit der fabrikmäßigen Herstellung von Mineralhefe zu rechnen war, wurden von Ende November ab Versuche mit dieser aufgenommen. Zunächst stand uns nur eine kleine Menge (6 kg) zur Verfügung, welche vom Institut für Gärungsgewerbe abgegeben worden war. Hiervon erhielten die Kinder an sieben Tagen täglich 5 bis 10 g in den Mittagsmahlzeiten. Die mit dieser Hefe bereiteten Speisen wurden von den Kindern gern genommen und allseitig, von Kindern sowohl als von Erwachsenen, als geschmacklich einwandfrei befunden. Eine Versuchsmenge Mineralhefe, die Ende Dezember wiederum vom Institut für Gärungsgewerbe abgegeben wurde, konnte keine Verwendung finden, da sie, offenbar infolge zufälliger Verunreinigung, einen an Petroleum erinnernden Nebengeschmack besaß.

Mitte Januar 1916 war die Harburger Stärkefabrik (Harburg a. d. Elbe) in der Lage, einen größeren Posten Mineralhefe zu liefern. Diese Hefe hat nun seit dem 22. Januar regelmäßig bei der Speisung der erwähnten 100 Kinder Verwendung gefunden. Vom 22. Januar bis zum 25. April sind an 57 Tagen Gerichte mit Hefezusatz verabreicht worden; die während dieser Zeit von jedem Kinde durchschnittlich verzehrte Gesamthefemenge beträgt 541 g; die durchschnittliche Einzelgabe betrug demnach rund 9,5 g; die Einzelgaben schwankten zwischen 5 und 13 g.

Die Versuche mit dieser Hefe sind zufriedenstellend ausgefallen. Die Gerichte waren nach dem einstimmigen Urteil der Kinder sowohl als der beteiligten Erwachsenen von gutem Geschmack. Die Kinder

haben regelmäßig nicht nur ihre Portion mit sichtlichem Genuß verzehrt, sondern auch fast regelmäßig um Nachgaben gebeten.

Auf Grund dieser Erfahrungen besteht mithin kein Grund, der Verwendung von Mineralhefe Mißtrauen entgegenzubringen. Wir sehen in ihr vielmehr ein willkommenes und geeignetes Mittel, um den durch die Knappheit an Fleisch und anderen eiweißreichen Nahrungsmitteln bedingten Ausfall an Eiweiß teilweise zu decken. Ganz besonders eignet sich die Mineralhefe für Massenspeisungen, bei denen zusammengekochte Gerichte gereicht werden." Grätzer.

Hans Landau, Über diphtherieähnliche Stäbchen in der normalen Mundhöhle und ihre Beziehungen zur Leptothrix. (Aus dem Königl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" zu Berlin.) (B. kl. W. 1916 Nr. 26.) Fertigt man von einem normalen Zahnbelag ein mikroskopisches Präparat an und färbt dieses nach Neisser, so findet man neben den verschiedensten Bakterien in der großen Mehrzahl der Fälle Stäbchen, die Polkörnchenfärbung aufweisen und den echten Diphtheriebazillen in Form, Größe und Lagerung sehr ähnlich sind. Daneben sind aber immer auch Stäbchen zu sehen, die nur ein Korn haben, das dann oft spitz oder elliptisch oder viel größer als bei Diphtherie ist, Bazillen, bei denen die Körner nicht an den Enden liegen, solche mit mehrfacher Körnelung und längere Fäden, die hauptsächlich zwei Formen unterscheiden lassen: dünne Fäden, die den Eindruck erwecken, als seien sie aus den kurzen Stäbchen zusammengesetzt, und sehr dicke, oft gewundene Fäden; beide Arten tragen meistens, aber nicht stets nach Neisser gefärbte Körner. Die gleichen Fadenformen sieht man, wenn man darauf achtet, recht häufig auch in Präparaten von Rachen- und Tonsillenabstrichen. Verf. kann Gins nur durchaus zustimmen, bei gleichzeitig vorhandenen Fäden die typisch erscheinenden diphtherieähnlichen Bazillen nicht als echte Diphtherie aufzufassen und in einem solchen Falle keine positive Diagnose abzugeben.

Verf. hat versucht, diese Stäbchen zu züchten; es gelang, aber nicht regelmäßig. Bei einer Person, bei der die fraglichen Mikroorganismen besonders reichlich im Zahnbelag vorhanden waren, und die nie diphtheriekrank oder Diphtheriebazillenträgerin war, gelang die Züchtung auf Löfflerserum 5mal unter 8 Versuchen, während etwa 12 Züchtungsversuche bei anderen Personen negativ ausfielen. Das Wachstum der Mikroorganismen auf Löfflerserum ist schlecht; dies ist vermutlich auch der Grund, weshalb praktisch bei der kulturellen Diphtheriediagnose selten Irrtümer vorkommen. Auffallend ist es, daß in der ersten Generation auf Löfflerserum schon viel weniger Fäden zu sehen und daß die Bazillen diphtherieähnlicher waren; die noch vorhandenen Fäden waren wie im Originalabstrichpräparat dick und dünn, zum Teil gewunden, und wiesen teilweise Körnchen auf. Hiernach ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß auch in Kulturen von diphtherieverdächtigem Material diese Formen gelegentlich auftreten und zu Täuschungen Veranlassung geben können; vielleicht ist auf diese Möglichkeit bisher nicht genug geachtet worden.

Verf.'s Ansicht nach sind die dicken und dünnen Fäden mit und ohne Körner sowie die Bazillenformen trotz der großen Unter-

schiede in Form und Größe alle identisch, und zwar handelt es sich wohl um Leptothrixformen; wenigstens konnte Verf., indem er vielfach von einzelstehenden Kolonien abstach, alle Übergänge und allmähliche Veränderungen in der Richtung von den Fäden zu den diphtherieähnlichen Stäbchen und wiederum Rückschläge zu Fäden beobachten. So sah er bei Weiterimpfung einer Kultur auf Löfflerserum, die ganz überwiegend diphtherieähnliche Bazillen enthielt, in der darauffolgenden Generation wieder dieselben Formen verschiedenartigster Fäden auftreten, wie sie im Originalabstrichpräparat zu sehen waren. Im allgemeinen waren wenigstens bis jetzt, wo Verf. seine Mikroorganismen etwa 6 Wochen fortgezüchtet hat, bei längerem Suchen in fast jedem Präparat von den verschiedenen Kolonien Fäden zu finden, wenn auch nicht immer lange oder gewundene Formen, so doch kurze gerade mit mehreren Körnern oder wenigstens längere Stäbchen, bei denen die Körner nicht an den Enden lagen. Gelegentlich sah Verf. aber in einer Drigalskikultur, die von der Original-Löfflerplatte abgeimpft war, ausschließlich diphtherieähnliche Bazillen ohne Andeutung von Fadenformen; in der nächsten Generation traten wieder einzelne Fäden auf.

Die beobachteten Übergänge berechtigen wohl zu der Annahme, daß die von Miller u. a. beschriebenen teils züchtbaren, teils nicht züchtbaren Leptothrixformen nicht verschiedene Arten sind, sondern ineinander übergehen. Man hat Leptothrix innominata, L. buccalis, L. maxima buccalis, Bacillus maximus buccalis unterschieden; Miller legte auf die „Jodreaktion“ besonderen Wert. Brachte Verf. in einen Tropfen von mit Milchsäure schwach angesäuerter Jodjodkaliumlösung auf einem Objektträger etwas abgekratzten Zahnbelag, so nahmen einzelne Fäden eine braun-violette Färbung an, andere morphologisch gleich aussehende nicht, wieder andere nahmen sie nur zum Teil an, so daß sie segmentiert erschienen; es handelt sich aber dabei anscheinend um dieselben Organismen.

Nach Gordon und Graham-Smith haben auch Streptothricheen gelegentlich zur Verwechslung mit Diphtherie Veranlassung gegeben: letzterer berichtet von einem Fall, wo ein erfahrener Bakteriologe fälschlicherweise eine positive Diphtheriediagnose auf Stäbchen hin gestellt hat, die sich im Rachen eines Kindes mit geringer Halsentzündung fanden. Die Stäbchen seien von echter Diphtherie zum größten Teil nicht zu unterscheiden gewesen; es seien daneben aber auch Fäden zu sehen gewesen, die viel länger als die Bazillenformen gewesen seien und gelegentlich echte Verzweigungen aufwiesen. So sei dann die wahre Art als Streptothrix zutage getreten. — Von Sterkowski ist ein „Bacillus putrificus“ beschrieben worden. Was sein Wachstum auf Löfflerserum und die Neisserfärbung anlange, sei er von echter Diphtherie nicht zu unterscheiden; er sei auch grampositiv und unbeweglich. Dieser Bazillus ist namentlich in Exkrementen und den Abflüssen in den biologischen Kläranlagen, aber auch in normalen und pathologischen Sekreten gefunden worden; ob er ebenfalls hierher gehörig ist, ist fraglich.

Die Einteilung der Leptothricheen, wie sie noch in der neuesten Zusammenstellung von Küster gegeben wird — solche, die auf

künstlichen Nährböden wachsen, und andere — trifft wohl nicht das Richtige. Wie Verf.'s Beobachtungen zeigen, sind die Leptothricheen zweifellos sehr wandlungsfähig, vermutlich ähnlich wie die Streptothricheen; letztere können, wie Untersuchungen gezeigt haben, längere Zeit in einer Reihe von Generationen ausschließlich als Stäbchen, in anderen Fällen als Kokkenformen wachsen, so daß man sicher zu sein glaubt, anstatt der Ausgangskultur eine Verunreinigung vor sich zu haben, bis schließlich daraus wieder die typisch verzweigten Fäden hervorgehen. Die Variabilität dieser beiden Gruppen — Streptothricheen und Leptothricheen — ist offenbar weit größer, als bisher angenommen worden ist, und verdient auch aus allgemeinen bakteriologischen Gesichtspunkten ein weiteres Studium.

Grätzer.

Werckmeister, Schwingungen bei herabhängendem Kopfe als Heilmittel bei Bronchopneumonie. (M. m. W. 1916 Nr. 23.) In einem nahezu verzweifelten, aber glücklich geendeten Falle von Diphtherie bei einem 2jähr. Kinde — Nasen- und Kehlkopfdiptherie, Tracheotomie, Bronchopneumonie mit langandauernder schwerster Atemnot — hatte Verf. neben den üblichen Mitteln, warmen Bädern mit etwas kühleren Übergießungen usw., bereits Seiten- und Bauchlage angeordnet, um den reichlichen zäh-eitrigen Sekreten einen leichteren Ausweg durch die großen Bronchien und die Trachealkanüle zu verschaffen. Der Exitus schien bei dem immer schwächer werdenden Pulse und dem um 39° sich bewegenden Fieber unvermeidlich. Da kam Verf. der Einfall, das die Atemfläche absperrende zäh-eitrige Sekret dadurch aus den Bronchien herauszuschaffen bzw. die Herausschaffung zu erleichtern, daß er das Kind an den Unterschenkeln fassend, Kopf nach unten, Gesicht nach vorne durch seine breitgestellten Beine schwang und jedesmal vorne dem kleinen Körper einen ordentlichen Ruck gab.

Die Wirkung war namentlich beim ersten Male eine so in die Augen springende, daß die sehr besorgte Mutter und deren beide mitpflegende Schwestern stets die Wiederholung der Schwingungen herbeisehnten und auch der mitbehandelnde Kollege völlig von der Wirksamkeit dieser Schwingungen bzw. Schüttelungen überzeugt wurde.

Beim ersten Male — es war der 3. Tag nach der Tracheotomie — ging die Temperatur von 39,1 auf 37,5 zurück, die Atmung wurde ruhiger, und der Puls besserte sich, nachdem eine Unmenge von Sekret entleert war. Auch am 9. Tage nach der Tracheotomie zeigte sich die günstige Wirkung: versuchsweise war der Mittagsbesuch und damit auch die Schwingungen ausgeblieben; das Kind hatte bis 3 Uhr ohne jede Atembeschwerden munter gespielt, war dann aber unruhig geworden, hatte fortwährend gehüstelt, ohne die Sekrete richtig los zu werden, und hatte eine Temperatursteigerung von 37,3 auf 38,1; gleich nach den Schwingungen bzw. Schüttelungen erfolgte wiederum reichliche Expektoration und darauf ruhiges Atmen und Wohlbefinden. Daß das Kind bei dem Dekanulement, das am Übergang vom 4. zum 5. Tage nach der Tracheotomie erfolgte, nicht zugrunde ging, führt W. ebenfalls auf Anwendung der Schwingungen zurück.

Selbstverständlich muß ein gewisses Verhältnis zwischen der Kraft des ausführenden Arztes und dem Gewicht der Kinder bestehen; bei schweren bzw. älteren Kindern müßten wohl zwei Personen sich in der Weise betätigen, daß der Arzt das eine Bein und ein verständiger, kräftiger Gehilfe das andere Bein übernimmt zur Ausführung der Schwingungen bzw. Schüttelungen. Obwohl Verf. selbst kräftig ist, das Kind nur 2 Jahre alt ist und sich, wohl im Gefühl der kommenden Erleichterung, nicht gegen die Prozedur sträubte, so hielt Verf. es doch für geboten, gegen ein Ausderhandfliegen des kleinen Körpers Vorsichtsmaßregeln zu treffen: eine der Schwestern der Mutter saß auf dem Boden mit ausgebreiteten Armen, bereit, das Kind beim etwaigen Fortfliegen aufzufangen. Zum Glück ist ein derartiger Unfall nicht eingetreten. Verf. hat die Schwingungen 2—5mal täglich, je nach Nötigwerden, ausgeführt und jedesmal 12—24mal hin und her geschwungen. Grätzer.

Rudolf Hess und **Richard Seyderhelm,** Eine bisher unbekannte physiologische Leukozytose des Säuglings. (Aus der Kinderklinik und der Medizinischen Klinik der Universität Straßburg i. E.) (M. m. W. 1916 Nr. 26.) 1. Durch das Schreien entsteht beim normalen Säugling eine absolute Vermehrung der Lymphozyten (bis zu 8000). Die Zahl der Neutrophilen bleibt dabei unverändert.

2. Diese Lymphozytenvermehrung entsteht innerhalb weniger Minuten und ist meist nach 30 Minuten Ruhe wieder abgeklungen. Sie kann mehrmals an einem Tage auftreten.

3. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich bei dieser Schreilymphozytose um eine Ausschwemmung der Lymphozyten aus zentralen Depots durch den mechanischen Einfluß des Schreiens.

Grätzer.

Gerhard Wagner, Zur Kenntnis der Spirochaete scarlatinae Döhle. (Aus der bakteriologischen Untersuchungsstelle des Sanitätsamtes der Marinestation der Ostsee.) (M. m. W. 1916 Nr. 28.) Verf.'s teils im Kieler Hygienischen Institut, teils während des Krieges in der bakteriologischen Untersuchungsstelle des Sanitätsamtes in Kiel gesammelten Erfahrungen hatten bisher im wesentlichen nur das fast regelmäßige Vorhandensein von — nicht besonders charakteristischen — Einschlüssen in den neutrophilen Leukozyten Scharlachkranker ergeben. Einige Versuche, die er anstellte, um sich über die — neuerdings auch von Jochmann in seinem Lehrbuch der Infektionskrankheiten vertretene — Ansicht, daß es sich bei ihnen um Kernzerfallprodukte handle, Klarheit zu verschaffen, scheinen darauf hinzudeuten, daß das nicht der Fall ist. Verf. möchte das besonders aus der Tatsache schließen, daß in Sublimatalkohol feucht fixierte und mit Eisenhämatoxylin nach Heidenhain gefärbte Scharlachblutausstriche keine Einschlüsse zeigen. Da das genannte Verfahren wohl als die intensivste bekannte Kernfärbungsmethode anzusehen ist, der Leukozytenkern auch dementsprechend kräftig gefärbt wird, müßten auch die Kernzerfallsprodukte eine wenn vielleicht auch abgeschwächte Chromatinfärbung annehmen. Die Rotfärbung der Einschlüsse bei der Methylgrün-Pyroninfärbung hat übrigens Döhle schon in gleichem Sinne herangezogen.

Dagegen fand Verf. kürzlich in den nach der üblichen Methode: Alkoholfixierung des lufttrockenen Ausstriches, Färbung mit Mansons Boraxmethylenblau (1 : 40 verdünnt) 15 Sekunden behandelten Blutausstriches eines schweren Scharlachfalles (Entnahme am 3. Krankheitstage bei hohem Fieber) außer zahlreichen vielgestaltigen Einschlüssen in einem Leukozyten einen Körper, der nur als Spirochäte aufgefaßt werden kann; sie unterscheidet sich von den bisher veröffentlichten, teils photographisch, teils zeichnerisch wiedergegebenen Gebilden durch ihre freie Lage im Protoplasma der Zelle weit abseits vom Kern bzw. die schärfere Umrissenheit ihrer Gestalt. Daß das hier beschriebene Gebilde wesensgleich mit den Döhleschen Spirochäten ist, ist in hohem Maße wahrscheinlich. Vergleicht man die Döhlesche Photographie mit der des Verf.'s, so erkennt man in beiden Fällen ein ziemlich dickes spirochätenartiges Gebilde mit etwa vier Windungen, deren Verlauf etwa einen Mittelwert darstellt zwischen den engen steilen Windungen der Spirochaete pallida und den flacheren weiteren der Spirochaete refringens. Ein feines Fädchen an einem Ende dieses Gebildes, das Döhle als typisch beschreibt, ist im Präparat eben erkennbar; in der photographischen Wiedergabe war es nicht oder doch nur andeutungsweise darstellbar.

Trotz längeren Suchens hat Verf. in dem betreffenden Blutausstrich keine weiteren Spirochäten finden können, wenn es auch an langgestreckten Einschlüssen nicht fehlte. Grätzer.

P. Esch, Zur Klinik und Therapie der intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg.) (Zbl. f. Gynäk. 1916 Nr. 17. Forts.) Vergleichen wir jetzt die Erscheinungen, die die Mayerschen und unsere Fälle darboten, soweit sie an einer reinen supra- bzw. infratentorialen Blutung gelitten haben, mit den eben angegebenen Symptomen:

1. Supratentoriale Blutungen.[1])

Fall 4 (III. Fall Mayer): Kind kam asphyktisch, aber mit gutem Herzschlag zur Welt. Nach Aspiration aus der Trachea und Schultzeschen Schwingungen wurde die Atmung erst nach 2 Stunden regelmäßig. Eine Stunde später schrie es laut. Nach mehreren Stunden wurde es plötzlich stark zyanotisch; durch ein warmes Bad besserte sich der Zustand wieder, aber am anderen Tage stellte sich erneute Zyanose ein, und das Kind ging zugrunde.

Bei der Sektion fanden sich zwischen Hinterhirn und Kleinhirn etwa 50 bis 60 ccm frisches Blut, zum Teil flüssig, zum Teil locker geronnen.

Fall 5 (IV. Fall Mayer): Kind wurde leicht asphyktisch, aber mit guter Nabelschnurpulsation geboren. Es wurde schnell wiederbelebt, schrie aber nicht ordentlich. Später traten Krämpfe auf, und nach 44 Stunden erfolgte der Tod.

Durch die Autopsie wurde ein flächenhaftes Hämatom, das die Großhirnoberfläche auf beiden Seiten bedeckte und die Hirnwindungen stark abplattete, festgestellt. Die Blutung erstreckte sich auf die Oberfläche des Tentoriums.

Fall 6 (VIII. Fall Landgraf): Kind kam blau-asphyktisch zur Welt. Herztätigkeit war regelmäßig und kräftig. Durch Hautreize und Sauerstoffatmung wurde es nach einer halben Stunde zum lauten Schreien gebracht. 9 Stunden später wurde es zyanotisch, und nach 3 weiteren Stunden war die Atmung verlangsamt; die einzelnen Züge waren krächzend, und die Zyanose nahm stark zu.

---

[1]) Selbstverständlich kommen nur die Fälle in Betracht, die entweder lebensfrisch geboren wurden, oder die anfängliche Asphyxie überstanden haben. Fall I (Mayer) kommt in Wegfall, weil er nebenbei eine Ventrikelblutung aufwies.

12 Stunden p. p. erfolgte der Tod durch Aufhören der Atmung und des Herzschlags.

Sektion: Im Subduralraume findet sich eine dünne Schicht flüssigen Blutes auf Dura und Hirnoberfläche; der linke Teil der Falx ist an der Ansatzstelle der Tentoriumfasern stark hämorrhagisch infiltriert.

2. Infratentoriale Blutungen.

Fall 7 (Fall Esch, Archiv für Gynäkologie, s. Nr. 1): Kind wurde spontan lebensfrisch innerhalb von 5 Stunden geboren. In den beiden ersten Tagen fiel nicht Besonderes auf. Am 3. Lebenstage machte es einen schläfrigen Eindruck und trank schlecht. Am 4. Tage wurde es blaßblau; die genossene Nahrung regurgitierte. Es bestand ein auffallender Spasmus der gesamten Extremitätenmuskulatur und Nackensteifigkeit. Diese tonischen Dauerkrämpfe wurden bisweilen von klonischen Zuckungen unterbrochen. Tags darauf setzte Cheyne-Stokessches Atmen ein, und das Kind starb.

Bei der Sektion zeigte sich, daß das Kleinhirn durch eine erhebliche Blutung im Oberwurm und beiden Seitenlappen stark zerstört war: dicke Koagula und flüssige Blutmassen füllten eine, die Breite des Kleinhirns fast völlig einnehmende, tiefe Höhle aus, deren Decke einen weiten kreisförmigen Einriß zeigte; IV. Ventrikel stark komprimiert, blutfrei. Medulla oblongata und Pons gleichfalls komprimiert. Im Duralsack des Rückenmarks bis zur Cauda flüssiges Blut.

Überblicken wir die Symptome der drei Fälle mit supratentorialer Blutung, so zeigt sich uns ein Krankheitsbild, das in den Fällen Nr. 4 und 6 ausschließlich durch eine Störung des Respirationszentrums beherrscht wird. Es ähnelt also keineswegs der oben angeführten klinischen Kennzeichnung dieser Blutungsform, sondern es weist vielmehr eindeutig auf eine infratentoriale Blutung hin. (Fall 5 bietet überhaupt keine charakteristischen Symptome dar.)

Selbstverständlich widersprechen diese abweichenden Erscheinungen den Beobachtungen von Seitz an sich nicht; sie zeigen lediglich, daß der Begriff „supratentoriale Blutung" sich nicht mit der Symptomatologie deckt, die er für diese Gruppe von Fällen angegeben hat. Mit anderen Worten, es gibt Fälle mit supratentorialem Sitz der Blutung, die hinsichtlich der Erscheinungen außerhalb des Rahmens des Krankheitsbildes liegen, das für diese Blutungsform charakteristisch sein soll.

Fraglos treten die einseitigen Rindensymptome in bestimmten Fällen von supratentorialer Blutung in typischer Weise auf. Diese Tatsache ist nicht nur durch die Fälle von Seitz, sondern auch durch Beobachtungen von anderen Autoren erhärtet worden. Beispielsweise erinnere ich an einen Fall von Henoch (E.), in dem nach einer Zangenextraktion vom 2. bis 7. Lebenstage linksseitige, klonische Krämpfe bestanden, die überdies durch Druck auf die Sutura coronalis dextra ausgelöst werden konnten. Auch bei einem unserer Kinder, das allerdings an einer supra- und infratentorialen Blutung litt, traten neben Atmungsstörungen zunächst rechtsseitige, dann beiderseitige klonische Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur und den Extremitäten auf. Gleichzeitig hing der rechte Mundwinkel schlaff herab, und die Zunge wich nach rechts ab (vgl. auch Fall 10, weiter unten).

Indessen werden diese Erscheinungen nur zu erwarten sein, wenn ein Hämatom unmittelbar (Konvexitätsblutung) oder gelegentlich auch mittelbar von der Basis aus einen Druck auf die Rindenregion ausübt. Allerdings möchte ich die Möglichkeit nicht glatt

von der Hand weisen, daß diese Symptome sogar bei einem anders lokalisierten Hämatom auftreten können, weil sich ein Druck im Neugeborenengehirn außerordentlich leicht fortpflanzen kann.[1]

Dagegen ist im allgemeinen nicht anzunehmen, daß eine supratentoriale Blutung, die zwischen Groß- und Kleinhirn (am Okzipitallappen) sitzt — und dies trifft bei den häufigen Tentoriumrissen nicht selten zu (Benecke, s. M.) —, unilaterale Symptome zur Folge haben wird. Sie wird weit eher (vgl. Fall 4, Mayer III), durch fortgeleiteten Druck Störungen verursachen, die denen entsprechen, die Seitz für die infratentoriale Hämorrhagie beschrieben hat, da das verletzte Tentorium den Druck höchstens teilweise hemmen kann. Auch bei doppelseitigen Konvexitätsblutungen werden die Erscheinungen häufig nicht in der angegebenen charakteristischen Weise auftreten (vgl. Fall 5, Mayer IV). Infolgedessen wurden wir im Laufe der Zeit zu der Ansicht gedrängt, daß die Gruppe „supratentoriale Blutung" für eine klinisch verwertbare Einteilung der intrakraniellen Hämorrhagien zu weit gefaßt ist. Es fallen in diese Gruppe eben Fälle, die hinsichtlich der Symptomatologie grundverschieden voneinander sind, wodurch unter Umständen diagnostische Irrtümer über den Sitz des Hämatoms bedingt werden können. Derartige Irrtümer können aber als weitere Folge die Ursache für unangebrachte therapeutische Maßnahmen werden.

Im Gegensatz zu unseren klinischen Beobachtungen über die Blutungen mit sog. supratentorialem Sitze, paßt unser Fall von reiner infratentorialer Hämorrhagie (Nr. 7) sehr wohl zu dem Krankheitsbilde, das Seitz für diese Blutungsform entworfen hat. Gegen diese Gruppenbildung ist demnach hinsichtlich der Symptomatologie nichts zu sagen; es sprechen aber die oben gegen die Einteilung im allgemeinen vorgebrachten Einwände auch gegen sie. Infolgedessen erscheint es mir angebracht, von dieser Einteilung abzusehen und bei der klinischen Bezeichnung der Lokalisation eines Hämatoms die betroffene Gehirngegend als „Ortsangabe" zu wählen — z. B. Blutung über dem rechten Großhirn —, sofern wir im einzelnen Falle überhaupt in der Lage sind, eine genaue topographische Diagnose zu stellen, und uns nicht mit der allgemeinen Diagnose: „intrakranielle Blutungen" begnügen müssen.

Symptomatologie und Diagnose: Zweckmäßigerweise trennt man die Fälle, die mit manifesten Symptomen geboren werden, von solchen, bei denen die Blutungen erst einige Stunden oder Tage nach der Geburt klinisch in Erscheinung treten bzw. nach überstandener anfänglicher Asphyxie wieder in Erscheinung treten.

Die sofort nach der Geburt manifesten Fälle sind fast ausnahmslos dadurch ausgezeichnet, wie die Mayerschen und unsere Beobach-

[1]) Daß der Druck eines Hämatoms im Neugeborenengehirn tatsächlich leicht fortgeleitet wird, zeigt schon die klinische Erfahrung: z. B. allgemeine Krämpfe bei einseitiger Konvexitätsblutung, wobei allerdings in manchen Fällen eine sekundäre Ödembildung ebenfalls eine Rolle spielen dürfte. Diese Eigentümlichkeit wird dem Verständnis näher gerückt, wenn man sich vergegenwärtigt, daß das Gehirn des Neugeborenen sehr weich (wasserreich) ist, so daß sich ein Druck — cum grano salis — in ihm gleichsam wie in einer Wassersäule fortpflanzen kann.



tungen zeigen, daß ein Mißverhältnis besteht einerseits zwischen der mehr oder etwas weniger stark daniederliegenden Atmung und andererseits der verhältnismäßig noch kräftigen Herztätigkeit. Von Störungen steht also hauptsächlich die im Respirationszentrum im Vordergrunde. Dies trifft im allgemeinen in verstärktem Maße für die Blutungen zu, die peribulbär oder in der Umgebung des Kleinhirns (fortgeleiteter Druck) sitzen. Dabei sind die Luftwege nicht selten ganz oder nahezu frei.

Bei manchen Kindern steht die Atmung vollständig; andere machen nur von Zeit zu Zeit eine tiefe, schnappende Atembewegung; wieder andere atmen verlangsamt, unregelmäßig, während die Herztätigkeit und der Nabelkegelpuls fast stets, und die Nabelschnurpulsation nicht selten zunächst noch deutlich sicht- und fühlbar sind. Die Herztätigkeit verschlechtert sich erst, wenn die Atmung nicht regelrecht in Gang kommt.

In einigen Fällen beobachtet man auch, wie die Atmungstätigkeit, die sofort nach der Geburt noch verhältnismäßig gut war, allmählich, trotz der immer energischer vorgenommenen Wiederbelebungsversuche, seltener und unregelmäßiger wird, bis sie vollends schwindet. Derartige Zustände werden häufig zunächst als „leichte Asphyxie“ unterschätzt.

Erholt sich aber die anfänglich gestörte Atmung, so bedarf es, im Vergleiche mit der gewöhnlichen Asphyxie, der Regel nach längere Zeit, bis die Kinder zum kräftigen Schreien gebracht worden sind. Glaubt man die Gefahr schon beseitigt, so erlebt man es doch des öfteren, daß die Kinder in den nächsten Stunden in einen gewissen apathischen, somnolenten Zustand zurückfallen, wobei gleichzeitig die Neigung zu Oligopnoe und zu oberflächlicher Atmung besteht; dementsprechend ist das Aussehen mehr oder weniger stark zyanotisch. Außer dieser Neigung zu Respirationsstörungen liegen auch andere Lebensäußerungen danieder. So besteht nahezu immer ein vermindertes Nahrungsbedürfnis (mit erheblichem Gewichtssturze), ferner Schlafsucht und seltenererweise das Gegenteil, eine gewisse Unruhe; bisweilen wird der Schlaf durch einen plötzlichen Aufschrei unterbrochen, und auf unvorhergesehene, äußere Reize antworten die Kinder manchmal mit kurzen, konvulsiven Zuckungen. Es liegt auf der Hand, daß sich, bei der mangelhaften Atmung, als spätere Folgen leicht Bronchitis oder Hypostasen in den Lungen entwickeln können.

Während dieses Zustandes treten in einer nicht geringen Anzahl von Fällen die Zeichen einer Nachblutung mit erneuter Heftigkeit auf, so daß die Kinder, ohne sachgemäße Hilfe, in diesen neuen Anfällen zugrunde gehen.

Ähnliche Zustände kommen wohl auch bei einfachem Hirndruck (Seitz) ohne Blutung vor. Aber bei der Häufigkeit, mit der wir sie gerade bei den intrakraniellen Hämorrhagien beobachten, ist es im Hinblick auf unser Verhalten zweckentsprechend, beim Auftreten derartiger Erscheinungen stets eine solche anzunehmen.

Stellen sich die stürmischen Symptome einer Nachblutung erst Stunden oder Tage nach der Geburt bei einem lebensfrisch geborenen

Kinde ein, so wird man häufig dadurch überrascht. Nachträglich läßt sich allerdings in manchen Fällen feststellen, daß diese Kinder, bevor die Erscheinungen einsetzten, sich in ähnlicher Weise verhielten, wie die von der anfänglichen Asphyxie wiederbelebten in der anfallsfreien Zwischenzeit.

Im Vordergrunde stehen meist Allgemeinerscheinungen, wie Störung des Atmungszentrums und allgemeine tonisch-klonische Krämpfe, die öfters durch Zuckungen in einzelnen Muskelgruppen eingeleitet werden (vgl. die Mayerschen und unsere Fälle), während ausschließlich örtliche Symptome, wie Spasmen, Zuckungen und Lähmungen in bestimmten Muskelgebieten sowie Klaffen der Lambdanaht auf der befallenen Seite (vgl. bei Einteilung) nach unseren Erfahrungen an Häufigkeit weit zurückstehen. Sie stehen wohl deshalb zurück, weil die Lokalisationen der Blutungen, wie sie Seitz erlebte, im allgemeinen anscheinend seltener sind.[1]

Die eben erwähnten Erscheinungen sprechen nun in keiner Weise eindeutig für eine intrakranielle Blutung. Sie kommen vielmehr sowohl bei „funktionellen" wie auch bei anderen „organischen" Leiden des Gehirns vor. Zwei Beispiele mögen zunächst zeigen, daß sie in der Tat auch als funktionelle Symptome beobachtet werden.

Fall 8 (Geb.-Ber. 1911/286): Ein spontan in lebensfrischem Zustande geborenes Kind wurde plötzlich am 3. Lebenstage von einer Zyanose befallen, der tonisch-klonische Krämpfe folgten. Hiernach erholte es sich zwar wieder, aber 12 Stunden später wiederholten sich die Konvulsionen mehrmals, und die Dyspnoe blieb von jetzt ab bestehen. Nach weiteren 8 Stunden trat der Tod ein.

Durch die Autopsie wurde unsere Annahme „intrakranielle Hämorrhagie" nicht bestätigt. Es fand sich eine starke, allgemeine Zyanose. Die Pia und Arachnoidea waren stark venös injiziert; im Subduralraum und in der Hirnsubstanz waren nirgends Blutungen, in den Gefäßen keine Thromben, Tentorium intakt.

Die Leber wies eine enorme Fettinfiltration auf; das Nierenparenchym war stark fettig degeneriert, ebenso zeigte der Herzmuskel eine ausgesprochene fettige Degeneration.

Die Diagnose des pathologisch-anatomischen Institutes lautete: Degeneratio lipomatosa neonatorum.

Fall 9 (Thiemich, s. E.): Das ebenfalls spontan geborene Kind verhielt sich in den ersten Tagen regelrecht, bis es anfallsweise steif wurde und unregelmäßig, stoßweise atmete. Am 4. Lebenstage zeigten sich Spasmen in allen Extremitäten, und es bestand Trismus; die Fontanelle war nicht gespannt. Die Körperwärme stieg abends auf 41,2°, und tiefe Somnolenz trat ein. In kurzen Pausen wiederholten sich tonische Krämpfe. In der Nacht hörten die Krämpfe auf, konnten aber durch Beklopfen ausgelöst werden. Tod am folgenden Tage.

Die Sektion ergab: Beginnende lobuläre Pneumonie beider Lungen; Eiterung an den Nabelgefäßen; Gehirn und Rückenmark ohne Besonderheiten.

Ähnliche Beispiele, wenn auch nicht so charakteristische, könnte ich noch mehrere aus eigenen Beobachtungen mitteilen. Atmungsstörungen treten eben beim Neugeborenen nicht selten als Begleiterscheinungen von verschiedenartigen Krankheiten auf; ebenso kommen Konvulsionen und persistierende Beugekrämpfe der Extremitätenmuskulatur aus anscheinend geringfügigen Anlässen vor. Die letzteren besonders bei gastrointestinalen Erkrankungen und septischen Zu-

[1]) Bei einem Falle von Ventrikelblutung hat Abels (Arch. f. Gynäk. Bd. 99, S. 1) eigenartige Erscheinungen beobachtet, die denen des Tetanus glichen.



ständen, was insofern leicht erklärlich ist, als ja schon physiologischerweise eine Myotonie beim Neugeborenen besteht.

Unter diesen Umständen ist es daher die erste Aufgabe, wenn derartige oder ähnliche Erscheinungen in einem gegebenen Falle einsetzen, die Differentialdiagnose zwischen funktionellen Krämpfen und intrakraniellen Blutungen zu stellen, wobei man sich außerdem bisweilen vor die weitere Frage gestellt sehen wird, ein anderartiges organisches Leiden des Zentralnervensystems auszuschließen. Dann erst gilt es zu versuchen, die Lokalisation des Hämatoms nachzuweisen.

Zur Lösung der ersten Aufgabe bietet die kritische Beurteilung der Geburtsgeschichte und der Lebensäußerungen des Neugeborenen sofort nach der Geburt nicht selten Anhaltspunkte, wie aus unseren Ausführungen und den mitgeteilten Fällen zur Genüge hervorgehen dürfte. Langdauernde, schwierige und operative Geburten, enges Becken, Asphyxie post partum, Schlafsucht usw. sprechen im allgemeinen für eine intrakranielle Blutung. Jedoch möchte ich nicht verfehlen, besonders daran zu erinnern, daß auch nach regelrechten, spontan verlaufenden Geburten, bei lebensfrisch geborenen Kindern intrakranielle Hämorrhagien in Erscheinung treten können.

Desgleichen ist es angebracht, die Kinder besonders auch in der anfallsfreien Zeit einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Die organischen Krämpfe gehen häufig neben anderen, auch in der anfallsfreien Zeit nachweisbaren, zerebrospinalen Erscheinungen einher — Somnolenz, Pulsanomalien, Nackenstarre, Dauerspasmen der Extremitäten, Lähmungen in einzelnen Muskelgebieten —, während bei den funktionellen Konvulsionen, wenigstens nach den ersten Anfällen, meist regelrechtes Befinden wiederkehrt, es sei denn, daß eine nichtzerebrale Erkrankung die Anfälle auslöst. (Forts. folgt.)

W. Peters, Über Vererbung psychischer Fähigkeiten. (Fortschr. d. Psych. III. H. 4—6.) Es handelt sich im vorliegenden Buche um statistische und experimentelle Untersuchungen über die Vererbung psychischer Fähigkeiten; diese Untersuchungen basieren auf einer Vergleichung der Schulzeugnisse von ganzen Familien und auf Experimenten an Schulkindern (Geschwistern). Verf. verglich Schulleistungen von Kindern mit Leistungen ihrer beiden Eltern und ihrer Geschwister und zum Teil auch mit den Leistungen ihrer Großeltern auf Grund der Zensuren in der Volksschule. Das Material bezieht sich auf 1162 Kinder von 344 Elternpaaren; außerdem enthält es die Zeugnisse von 177 Großeltern und 11 Urgroßeltern.

Aus den Ergebnissen der mühevollen Arbeit, deren Folgerungen allerdings nach Ansicht des Ref. nur sehr mit Vorsicht zu verwerten sind, sei folgendes hervorgehoben: Die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Schulnoten bei Kindern, Eltern und Großeltern ist in allen drei Generationen ungefähr dieselbe. Die Häufigkeitsverteilung der Zensurnoten der Eltern weicht von der der Kinder durchschnittlich nur um etwas mehr als 3% ab, die Häufigkeitsverteilung der Noten der Großeltern nur um etwas über 2%. Von den verschiedenen Lehrfächern haben Lesen und Religion im Durchschnitt in allen drei Generationen die besten Noten erzielt, Schreiben und Gesang schlechtere, Rechnen und Realien die schlechtesten.

Die Durchschnittsnote in Sprache ist in der ältesten Generation (der der Großeltern) verhältnismäßig schlecht und wird in den jüngeren Generationen besser. Die weiblichen Schüler haben in zwei Generationen in allen Lehrfächern bis auf Rechnen und Realien bessere Durchschnittsnoten erzielt als die männlichen. In Betragen und Fleiß zeigen die weiblichen Schüler die bessere Durchschnittsnote. Im Rechnen und in Realien sind die Knaben den Mädchen entschieden überlegen. Die Durchschnittsnote der Kinder ist um so schlechter, je schlechter das Elternmittel ist. Die Abhängigkeit der Noten der Kinder vom Elternmittel und damit die Ähnlichkeit zwischen Eltern und Kindern ist aber nicht in allen Lehrfächern gleich groß; in Religion und Sprache ist sie am kleinsten. Die Mütter üben im allgemeinen einen stärkeren Erbeinfluß auf die Kinder, und zwar auf Söhne und Töchter, aus als die Väter. Nur in einem Lehrfach (im Rechnen) scheint der Erbeinfluß der Väter ein stärkerer zu sein, in Realien und Gesang läßt sich ein deutlicher Unterschied nicht feststellen, in den übrigen Lehrfächern dominiert entschieden der Erbeinfluß der Mutter. Bei den Töchtern tritt der elterliche Erbeinfluß etwas stärker zutage als bei den Söhnen; dies gilt sowohl vom Erbeinfluß der Mutter als von dem des Vaters. Je schlechter das Mittel aus den Noten der Großeltern ist, um so schlechter ist im allgemeinen die Durchschnittsnote der Kinder. Dem männlichen Teil der Großeltern scheint eine stärkere Erbwirkung auf die Enkel zuzukommen als dem weiblichen Teil. Darf man die Annahme machen, daß Individuen, welche von einem Elternteil mit guten Leistungen und einem anderen mit schlechten Leistungen stammen, in gleicher Häufigkeit gute und schlechte Leistungen aufweisen, dann stimmen die Ergebnisse der Untersuchungen des Verf.s ziemlich gut mit den Mendelschen Vererbungsgesetzen überein, letztere scheinen also auch für die Vererbung psychischer Fähigkeiten Gültigkeit zu haben. Die Geschwister zeigen untereinander eine größere Ähnlichkeit in ihren Schulleistungen als die Schulleistungen von Kindern und Eltern. Die Geschwisterähnlichkeit ist beim weiblichen Geschlecht größer als beim männlichen.

Zum Schluß hebt Verf. hervor, daß die von ihm nachgewiesenen Ähnlichkeiten zwischen Eltern und Kindern, Großeltern und Enkeln und zwischen Geschwistern untereinander in der Hauptsache Vererbungserscheinungen sind und nicht etwa auf der Wirksamkeit des gleichen Milieus bei den Angehörigen derselben Familien beruhen.

Kurt Mendel.

M. Brandes, Beobachtungen zur Osteochondritis deformans juvenilis. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel.) (D. Ztchr. f. Chir. 131. H. 3—4.) Der Befund an dem erkrankten Hüftgelenk war vor allem die total aufgehobene Abduktion. Während bei der echten Arthritis deformans die Erkrankung im Innern des Gelenks, am Knorpel, beginnt, fängt sie bei der Osteochondritis außerhalb des Gelenks an, zunächst unterhalb des Gelenkknorpels, ohne ihn wesentlich in Mitleidenschaft zu ziehen. Als das Primäre des ganzen Krankheitsprozesses sind Störungen im Bereich der

Epiphysenfuge anzusehen. Besonders häufig findet eine Verwechslung mit Coxitis tuberculosa statt. Kurt Boas.

P. Schneider, Über desseminierte, miliare, nicht syphilitische Lebernekrosen bei Kindern (mit eigenartigen argentophilen Bakterien. (Virchows Arch. f. path. Anat. 219. H. 1.) Verf. teilt zwei Fälle von Miliarnekrose der Leber bei einem 3- bzw. 4monatigen Kinde nicht syphilitischer Natur mit. In beiden Fällen fanden sich argentophile Bakterien. Wahrscheinlich liegt eine enterogene Infektion vor. Kurt Boas.

Paul, Zur Differentialdiagnose der Variola und der Varizellen. Die Erscheinungen an der variolierten Hornhaut des Kaninchens und ihre frühzeitige Erkennung. (Zbl. f. Bakt. 75. H. 7. 1914.) Die schnellste Erkennungsmöglichkeit, um mit Bestimmtheit sagen zu können, ob echte Pocken oder Windpocken vorliegen, ist der Impfversuch an der Kaninchenkornea. Zur sicheren Diagnose muß das Auge 2—3 Tage nach der Impfung enukleiert werden. Es genügt dann, die Hornhaut ganz kurz, $^1/_2$—1 Minute lang, in Sublimatalkohol zu legen. Handelt es sich um echte Pocken, so treten kleine weiße Stellen hervor. Mikroskopisch kann man feststellen, daß es sich um kleinste Nekrosen handelt. Diese Reaktion tritt nur bei Variola und Vakzin auf, bei allen anderen Erkrankungen hingegen nicht. Verf. erblickt in diesen Nekrosen eine Giftwirkung der Pockenerreger. Kurt Boas.

M. van Riemsdijk, Über die bakteriologische Diphtheriediagnose und die große Rolle, welche Bacillus Hofmanni dabei spielt. (Ebenda. 75. H. 3. 1914.) Die Neissersche Färbung hat keinen differentialdiagnostischen Wert für die Unterscheidung von echten und Pseudodiphtheriebazillen. Wichtig für die Unterscheidung ist die Säurebildung der echten Diphtheriebazillen in einer Lackmus-Pepton-Glykoselösung, die Virulenz und die Agglutination mit polyvalentem Diphtheriekaninchenserum.

Eine Diagnose nur auf Grund des mikroskopischen Bildes ist auch von der Kultur nicht möglich. Kurt Boas.

H. Eiler, Über Pankreassekret. (Inaug.-Diss. Leipzig 1914.) Verf. gelangt in der vorliegenden Arbeit zu folgenden Schlußergebnissen:

1. Der Pankreassaft wird täglich in einer Menge von etwa 500 ccm sezerniert.
2. Die Sekretionsfähigkeit ist hauptsächlich von der Nahrungsaufnahme abhängig. Die Absonderung des Saftes beginnt bald nach der Nahrungsaufnahme, steigt während der Verdauung weiter an und erreicht in etwa 4 Stunden ihren Höhepunkt. Dann nimmt die Sekretionsmenge wiederum ab und erreicht in nüchternem Zustande ihren geringsten Grad.
3. Die Fermentmenge richtet sich nach der Sekretionsmenge. Steigt die Sekretion, so beobachtet man auch eine Zunahme der Fermentmenge, sinkt dagegen die Sekretion, so kann man auch eine Abnahme der Fermentmenge konstatieren.
4. Die Alkaleszenz vermehrt oder vermindert sich ebenfalls proportional dem Steigen und Senken der Sekretion.

5. Trypsin findet sich in dem Sekret nicht, dagegen enthält es eine Vorstufe desselben, die sich durch Darmsaft aktivieren läßt.

6. Die Dissaccharide werden durch den Pankreassaft nicht gespalten, denn Milchzucker und Rohrzucker werden durch ihn nicht verändert.

7. Die fettspaltende Wirkung des Pankreassaftes wird durch Galle und Darmsaft wesentlich erhöht.

8. Ebenso braucht der Pankreassaft zu seiner diastatischen Wirkung die Unterstützung durch Galle und Darmsaft. Kurt Boas.

H. David, Der respiratorische Quotient bei Säurevergiftung. (Aus der Medizinischen Universitätsklinik in Leipzig.) (Inaug.-Diss. Leipzig 1914.) Verf. kommt in der vorliegenden Arbeit zu folgenden Schlußergebnissen:

Es muß sich primär bei dem menschlichen Diabetes um eine ungenügende Verwertung der Kohlehydrate handeln. Die Versuche von Porges und Salomon sind keineswegs geeignet, diese Ansicht zu widerlegen. Und wenn bei dem schweren Diabetiker auch noch eine abnorme Produktion von Zucker neben dem Unvermögen, ihn zu zersetzen, vorhanden ist, so dürfte diese abnorme Zuckerproduktion erst sekundär infolge des Kohlehydrathungers der Gewebe zustande gekommen sein.

Auch glaubt Verf., mit seinen Versuchen den Beweis dafür erbracht zu haben, daß die Versuche von Porges und Salomon keineswegs als Stütze der Theorie der vermehrten Zuckerbildung und ungehinderten Kohlehydratverbrennung im Diabetes mellitus herangezogen werden können und daß die Steigerung des Respirationsquotienten nach der Leberausschaltung ihren Grund in dem Auftreten von abnormen Säuren und wahrscheinlich auch noch in anderen, uns bis jetzt noch unbekannten abnormen Stoffwechselvorgängen hat.

Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Julius Zappert, Über wiederholte Scharlacherkrankungen und Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. (W. kl. W. 1916 Nr. 25.) Die Aneinanderreihung von Fällen, die sämtlich als Erythema scarlatiniforme publiziert worden sind, zeigt, daß unter diesem Namen durchaus keine gleichmäßigen Krankheitsbilder zusammengestellt sind. Während wir in einigen Beobachtungen lediglich Hauterkrankungen vor uns haben, zeigen andere Fälle Fieber, beträchtliche Allgemeinstörungen und Angina, und in den schwersten Fällen finden wir neben der Hautaffektion Erbrechen, Kopfschmerzen, allgemeine Unruhe, Benommenheit, hohes Fieber, Veränderungen im Rachen und an der Zunge, Schwellung der Halsdrüsen, ja selbst Otitis und Nephritis, also sämtlich Symptome, wie sie auch bei Scharlach vorzukommen pflegen.

Woher kommt es nun, daß die Beobachter dieser schweren Fälle die ihnen selbst manchmal naheliegend erscheinende Scharlachdiagnose ablehnten und sich der Auffassung eines Erythema scarlatiniforme zuneigten?

In erster Linie glauben einzelne Fachschriftsteller nicht an die Möglichkeit oder Häufigkeit wiederholter Scharlacherkrankungen. Da eine große Zahl von Erythema scarlatiniforme-Fällen, namentlich jene des Kindesalters, bereits Scharlach durchgemacht hatte, nehmen die Autoren Anstoß, das zweite Mal dieselbe Krankheit zu diagnostizieren. E. Schwarz ist eher geneigt, einen Teil der Beobachtungen mehrfacher Scharlacherkrankungen aus der älteren Literatur als Fehldiagnosen aufzufassen und diese Fälle dem Erythema scarlatiniforme anzureihen. Diese Ablehnung einer mehrfachen Scharlacherkrankung entspricht keineswegs den Tatsachen. Die Beobachtungen wiederholter Scharlacherkrankungen an demselben Menschen rühren von so verläßlicher Seite her — Heubner zum Beispiel hat unter 358 Fällen sechsmal Rezidive beobachtet —, daß an ihrem Vorkommen nicht gezweifelt werden kann.

Ein zweites Moment, welches differentialdiagnostisch gegen Scharlach verwertet wurde, ist das geringgradige Befallensein der Rachenschleimhaut, der Mundhöhle und der Zunge. Hingegen wird manchmal auf eine starke Koryza und Konjunktivitis hingewiesen, welche bei Erythema scarlatiniforme im Gegensatz zum Scharlach sich vorfindet. Wenn es auch richtig ist, daß zwischen dem Exanthem bei typischem Erythema scarlatiniforme und bei typischem Scharlach ein merklicher Unterschied besteht, so kann doch dieses Symptom allein nicht als ausschlaggebend bezeichnet werden. Denn wir kennen einerseits Fälle von Erythema scarlatiniforme, bei denen von einer recht deutlichen Rötung des Halses und einer Schwellung der Mandeln, von einem dicken Belag und teilweiser beträchtlicher Rötung der Zunge, sowie von sekundärer Schwellung des Halslymphdrüsen berichtet wird, und es ist andererseits jedem Kinderarzt bekannt, daß die Reizerscheinungen der Rachen- und Mundschleimhaut beim Scharlach manchmal recht gering sind. So sagt, um nur einen der neuesten und sorgfältigsten Bearbeiter des Scharlachs zu nennen, Schick, daß „die Art der Halsaffektion von einfacher Rötung und Schwellung bis zu ausgedehnten nekrotisierenden membranartigen Auflagerungen erzeugenden Entzündungen“ schwankte.

Daß auch die Höhe des Fiebers und die Begleiterscheinungen desselben keine unbedingt verläßlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen Scharlach und Erythema scarlatiniforme abgeben, ist aus der Kasuistik ersichtlich. Wir finden unter den Fällen, die als Erythema scarlatiniforme publiziert sind, solche mit mehrtägigem Fieber über 39°, ja selbst über 40° und mit schweren, sogar bedrohlichen Allgemeinerscheinungen. Hingegen kennt man Fälle, die ohne Widerspruch als Scharlach diagnostiziert werden, mit sehr geringem Fieber. Heubner weist darauf hin, daß beim Scharlach manchmal nur „subfebrile Steigerungen, wenig über 38°“ vorhanden sind, „ja, das Fieber kann wohl mal auch ganz fehlen“. Erwähnt sei noch, daß in dem Falle von E. Schwarz genau in der dritten Krankheitswoche, dem Zeitpunkt des „zweiten Scharlachs“ Pospischills, bei dem schon entfieberten Kinde plötzlich wieder eine Temperatursteigerung bis 39,6° und eine Nephritis sich entwickelt hat.

Von einigen Autoren wird auch darin ein wichtiger Unterschied

zwischen beiden Krankheiten gefunden, daß das Erythema scarlatiniforme trotz der starken Schuppung Scharlach nicht zu übertragen vermag. Das erscheint auf den ersten Blick sehr überzeugend, da ja den Scharlachschuppen starke Infektiosität nachgesagt wird. Betrachtet man aber die Ansichten neuerer Autoren über diese Frage und erblickt seine eigenen Erfahrungen, so muß man wohl sagen, daß der bindende Beweis für diese Behauptung in keiner Weise erbracht ist. Wir sind heute ferner denn je, den Infektionsweg des Scharlachs zu kennen und müssen zum mindesten zugeben, daß auch bei echtem Scharlach Erkrankungen mehrerer Geschwister keineswegs häufig auftreten, selbst wenn, wie das so häufig vorkommt, die Krankheit nicht erkannt worden war und die Patienten sich etwa bis zum Ausbruch einer Nephritis ungehindert zwischen ihren Geschwistern bewegt haben. Man sucht beim Scharlach Infektionswege durch Gegenstände, Nahrungsmittel, gesunde Zwischenträger und erlebt hierbei tatsächlich manchmal große Überraschungen, ohne aber gerade bei dem Vielerlei der angeblichen Ansteckungswege irgend etwas Sicheres über die Scharlachinfektion aussagen zu können. v. Szontagh hat dieser Unsicherheit den weitgehensten Ausdruck verliehen, indem er behauptet, daß der Scharlach überhaupt nicht durch Kontaktinfektion übertragen werden könne.

Wir kommen nun zu dem wichtigsten Symptom, der Hauterkrankung. Im Gegensatz zu dem Scharlachausschlag tritt das Erythema scarlatiniforme in der Regel sehr bald nach Beginn der Erkrankung auf, verbreitet sich rasch vom Gesicht über den Stamm zu den Extremitäten und geht schnell in Schuppung über, wobei die Desquamation schon zu einem Zeitpunkt einsetzt, in dem das Erythem noch in Blüte ist. Auf dieses besonders frühzeitige Auftreten der Schuppung wird von den meisten Autoren Gewicht gelegt. Die Schuppung ist eine sehr reichliche, kleienförmige, kann aber auch bei den Extremitäten sowie am Stamm zur Abhebung großer Hautfetzen führen. (Schreibpapiergröße, Gardiner). Auch Haare und Nägel sind manchmal in Mitleidenschaft gezogen. Suchen wir uns die Unterschiede zwischen diesem Exanthem und dem Scharlachausschlag klarzustellen, so müssen wir vorerst zugeben, daß in bezug auf die Lokalisation im Beginn, auf die allmähliche Ausbreitung vom Kopf zu den Extremitäten, auf die teils kleienartige, teils fetzenförmige Schuppung, große Ähnlichkeit zwischen beiden Ausschlagformen besteht; man hat ja eben deswegen das Erythem als skarlatiniform bezeichnet. Auch das Auftreten der Schuppung im Gesicht und am Halse zur Zeit des noch bestehenden Exanthems kann man bei Scharlachfällen nicht selten beobachten. Ebenso spricht die lange Dauer des Exanthems (über zehn Tage) nicht gegen Scharlach, da auch bei diesem der Ausschlag über 14 Tage bestehen kann. Selbst Nagelveränderungen, wenn auch in geringerem Maße als bei Erythema scarlatiniforme, sind bei Scharlach beschrieben worden. Trotzdem soll nicht in Abrede gestellt werden, daß die Intensität der Hautaffektion und der Schuppung des Erythema scarlatiniforme bei meist geringen Allgemeinerscheinungen im Gegensatz zu den Verhältnissen beim Scharlach steht, bei dem ein derartiges schweres Exanthem

fast immer von beträchtlichem Fieber und bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens begleitet ist.

Der Vergleich der Symptome des Erythema scarlatiniforme und des Scharlachs zeigt demnach, daß kein einziges der angeführten Merkmale der einen oder der anderen Krankheit eigentümlich ist, oder, „daß jedes Symptom isoliert nicht für Erythema scarlatiniforme pathognomonisch ist". In dem Mißverhältnis zwischen den geringen Allgemeinerscheinungen sowie der wenig ausgeprägten Beteiligung der Mund- und Rachenschleimhaut gegenüber dem sehr starken, scharlachähnlichen Hautausschlag und der lange dauernden, heftigen Schuppung liegt vielmehr der Unterschied zwischen Erythema scarlatiniforme und Scharlach. In diesem Sinne haben sich auch die meisten Autoren, welche die Differentialdiagnose zwischen den beiden Krankheiten studiert haben, ausgesprochen. Sollen wir diese Tatsachen als endgültige hinnehmen und damit eine jede Beziehung zwischen Scharlach und Erythema scarlatiniforme unbedingt ablehnen?

Zur Beantwortung dieser Frage wollen wir vorerst jene Fälle von Erythema scarlatiniforme heranziehen, welche das Kindesalter betreffen. Es geschieht dies deswegen, weil bei diesen Fällen von den Autoren immer die Beziehung zum Scharlach erörtert worden ist und namentlich die Frage eines etwa schon durchgemachten Scharlachs eine sorgfältigere Beantwortung findet, als dies bei Erkrankungen Erwachsener möglich ist. Da ergibt sich nun, daß bei sämtlichen Fällen des Kindesalters Scharlach entweder vor dem ersten Auftreten des Erythema scarlatiniforme durchgemacht worden war oder bald nach der ersten Erkrankung von Erythema scarlatiniforme sich eingestellt hat. Auch in Verf.'s erwähnten Falle P. traten die Erscheinungen des Erythema scarlatiniforme erst nach zweimaliger Scharlacherkrankung auf. Es scheint also, daß — wenigstens im Kindesalter — das Überstehen eines Scharlachs für das Auftreten des Erythema scarlatiniforme prädisponiert.

Zum Versuche einer Deutung dieses Umstandes sei das von v. Pirquet und Schick zuerst beschriebene und seither viel bearbeitete Symptomenbild der Serumkrankheit herangezogen. Wir wissen, daß die Serumkrankheit, die schon nach einer ersten Injektion von Serum sich manchmal einstellt, viel häufiger, rascher und heftiger auftritt, wenn demselben Individuum eine zweite Einspritzung des Serums der gleichen Tierart einverleibt wird. Diese Serumkrankheit bei Zweitinjektion ist ein typisches Beispiel der Anaphylaxie in der menschlichen Pathologie.

Bringen wir die Tatsache, daß das Erythema scarlatiniforme im Kindesalter vorwiegend solche Individuen befällt, die schon einmal Scharlach durchgemacht haben, mit den Erscheinungen der Serumkrankheit nach einer zweiten Injektion in Beziehung, so könnte man annehmen, daß durch den Scharlach eine Überempfindlichkeit, „Sensibilisierung", erzeugt würde, welche auf eine geringe Neuinfektion hier zu starker Hautreaktion, Schwellung, Rötung und konsekutiver Schuppung führe. Wir hätten es hierbei nicht mit einem wirklichen Rezidiv des Scharlachs, sondern mit einer verstärkt auftretenden Rezidive eines umschriebenen Symptomenkomplexes des Scharlachs,

nämlich der Hauterkrankung, zu tun. Dies scheint allerdings in vollem Gegensatze zur allgemeinen Scharlachauffassung zu stehen, nach welcher das Exanthem ein von den anderen Symptomen untrennbares Merkmal dieser Krankheit bildet. Gegen diese hohe Einschätzung des Hautausschlages in dem Krankheitsbilde des Scharlachs hat aber v. Szontagh gewichtige Bedenken erhoben. Daß ein Individuum auf gewisse Infektionen mit einem Scharlachexanthem reagiere, hängt nach v. Szontagh nicht von der Art der Infektion, sondern von der persönlichen Disposition der betreffenden Person ab. Diese Disposition kann durch äußere Verhältnisse, Ernährungsbedingungen usw. beeinflußt werden und kann bei demselben Menschen wechseln. v. Szontagh zieht daraus den Schluß, daß das Wesen der Scharlacherkrankung nicht in einem unbekannten Scharlachgift, sondern einzig und allein in einer gesteigerten Reaktionsfähigkeit des Körpers gelegen sei. Diese weitgehende Lockerung des einheitlichen Scharlachbegriffes, welche v. Szontagh schließlich dazu führt, die Kontagiosität des „Scharlachs" überhaupt zu leugnen, ist noch zu sehr Gegenstand der Diskussion, als daß hier Stellung dazu genommen werden könnte. Zusammengehalten mit der bekannten Tatsache „der Scharlachangina ohne Scharlach" berechtigt v. Szontaghs Auffassung aber doch dazu, für das Auftreten des Scharlachausschlages eine individuelle Disposition vorauszusetzen. Der daraus sich ergebende, auf die Beziehung des Erythema scarlatiniforme zum Scharlach bezügliche Schluß wäre der, daß es unter den für den Scharlachausschlag geeigneten Menschen noch eine besondere Gruppe mit einer gesteigerten Hautempfindlichkeit gäbe, welche auf eine neuerliche Infektion wohl nicht mit Scharlach, aber mit einer heftigen scharlachähnlichen Hauterkrankung reagiert. Ob diese Neuinfektion ätiologisch auf derselben Grundlage beruhen müsse, wie die erste Scharlacherkrankung, sei hier nicht erörtert. Wir stehen ja in der Scharlachpathologie vor vielen offenen Fragen, unter denen sich auch jene befindet, ob der Scharlachausschlag die Folge einer bestimmten Infektion oder Wirkung verschiedenartiger Toxine darstellt. Klinisch würde ein solches Näherrücken des Scharlachs und Erythema scarlatiniforme die Vielgestaltigkeit des letzteren Krankheitsbildes, soweit es das Kindesalter betrifft, erklären, ebenso wie auch der beschriebene Fall P. dadurch dem Verständnis nähergerückt wäre; insbesondere die starke Hautrötung und intensive Schuppung bei der zweiten Scharlacherkrankung dieses Patienten würde sich in den Rahmen einer derartigen Erklärung einfügen.

Aus diesen Darlegungen darf keineswegs gefolgert werden, daß jeder Fall von Erythema scarlatiniforme Scharlach durchgemacht haben müsse. Der Scharlach besitzt vielmehr dieselbe provozierende Bedeutung wie andere toxisch infektiöse Ursachen, die beim Erwachsenen das Erythema scarlatiniforme hervorrufen können. Als solche sind medikamentöse Stoffe: Typhus, Influenza, Rheumatismus, Darmintoxikationen u. a. von den Autoren angeführt worden. Nur scheint es, daß gerade für das Kindesalter der Scharlach den häufigsten provokatorischen Faktor für das Erythema scarlatiniforme darstellt, so daß man bei Fällen, die Kinder betreffen, mit Wahrschein-

lichkeit voraussetzen darf, daß sie bereits Scharlach durchgemacht haben.

Wenn seinerzeit Besnier für das Zustandekommen des Erythema scarlatiniforme einserseits äußerliche provozierende Momente, anderseits eine individuelle Intoleranz als notwendig hinstellt, so würde die hier dargelegte Auffassung diesen Standpunkt dahin erweitern, daß unter den äußeren Bedingungen beim Kinde der Scharlach eine große Rolle spielt und daß die persönliche Disposition eine Erscheinung der Anaphylaxie ist. Mit den Worten v. Szontaghs ausgedrückt, wäre eine derartige Erklärung des Erythema scarlatiniforme ein neuer Beweis dafür, „daß zwischen Scharlachexanthem und scharlachähnlichem Exanthem ein Unterschied nicht mehr bestehe“.

Es soll schließlich nicht geleugnet werden, daß mit der in diesen Zeilen als möglich hingestellten Beziehung zwischen Scharlach und Erythema scarlatiniforme auch der bisher gültige Krankheitsbegriff des Scharlachs eine Erschütterung erleidet. Das darf uns aber nicht hindern, in dieser Frage die entscheidenden Konsequenzen zu ziehen. Über kurz oder lang wird man sich ja doch entschließen müssen, in der Pathologie des Scharlachs mit manchen bisherigen Ansichten abzurechnen und, wenn auch vielleicht nicht so weitgehend wie v. Szontaghs Anschauungen, die bei dieser Krankheit noch als geheiligte Überlieferung gelten, nach modernen Gesichtspunkten umzuwandeln.

Grätzer.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

H. Langer: **Der Diphtherieabstrich.** Die im Jahre 1915 aufgetretene Diphtherieepidemie machte beim Charlottenburger Untersuchungsamt 25000 Untersuchungen erforderlich. Die bakteriologische Bedeutung liegt vorwiegend auf dem Gebiete der epidemiologischen Prophylaxe. So ist es in Charlottenburg gelungen, durch sofortige Erkennung und Ausschaltung der Bazillenträger in 36 Schulklassen die Verbreitung von Diphtherieerkrankunger zu verhindern. Von Wichtigkeit ist die möglichst scharfe Differenzierung der Diphtheriebazillen. Langer hat eine Methode zur raschen Differenzierung in der Alkoholfestigkeit bei der Gramschen Methode gefunden. Diphtheriebazillen sind nach 10 Minuten entfärbbar. Pseudodiphtheriebazillen nicht. Die Prüfung des Agglutininbindungsvermögens gestattet die zuverlässigste Differenzierung der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen, von denen die letzteren dieses Bindungsvermögen nicht besitzen. Diese sind normale Schleimhautbewohner und bei der praktischen Diphtheriebekämpfung nicht zu berücksichtigen.

Besprechung. Lentz fragt, ob zur Feststellung der Diphtheriebazillen der allein beweisende positive Nachweis von Toxin zur Identifizierung der Diphtheriebazillen angewendet wurde. — Marcuse betont, daß das klinische Bild für die Frage, ob Heilserum anzuwenden ist oder nicht, allein maßgebend ist. Ebenso soll die Desinfektion der Wohnungen auf Grund klinischer Erfahrung geleitet werden. — Leschke: Für die Diagnose der Diphtherie ist Schnelligkeit in erster Reihe wichtig. In 75% der Fälle mindestens sind die Diphtheriebazillen schon im Abstrichpräparat durch Gramfärbung festzustellen. Der Praktiker kann auch Diphtheriekulturen mit Hilfe einer Thermophorflasche und eines Serumröhrchens anlegen und damit die Diagnose beschleunigen. — Hauser warnt davor, bei jedem leisen Diphtherieverdacht Serumeinspritzungen zu machen.

(Vereinigte ärztliche Gesellschaften Berlin, 21. Juni 1916.)

Reiche: **Eitrige Meningitis.** Demonstration des Gehirns eines 5jährigen Mädchens mit eitriger Meningitis, bei der im subarachnoidalen Exsudat Diphtheriebazillen neben Streptokokken nachgewiesen wurden; der Eiter hatte grünliche

Farbe und festweiche Konsistenz. Klinisch bestand eine Streptokokkensepsis und Streptokokkenmeningitis im Gefolge von Nebenhöhleneiterung bei schwerer Nasendiphtherie. Auf Diphtheriebazillen beruhende Hirnhautentzündungen sind in der Literatur unbekannt. Unter mehr als 8000 Fällen von Diphtherie sah Vortr. noch — abgesehen von kurzdauernden meningealen Reizerscheinungen — 8 weitere Fälle von Meningitis: 2 waren durch Meningokokken bedingt, 4 waren Mischinfektionen je durch Streptokokken, Pneumokokken, Staphylokokken und Kolibazillen, in 2 lag das Bild der Meningitis serosa vor mit Druckerhöhung und leichter Pleozytose im sterilen Liquor spinalis und mit Ausgang in Heilung.

(Ärztlicher Verein Hamburg, 11. Januar 1916.)

Stargardt: **Mißbildung bei einem 3 Wochen alten Kinde.** Das rechte Auge fehlte, statt dessen ragte aus der Lidspalte ein eigentümliches Gebilde heraus, das von anscheinend normaler Haut mit zahlreichen feinen Lanugohärchen bedeckt war. Dieses Gebilde bestand aus zwei annähernd kugelförmigen Körpern, einem vorderen größeren, weichen, von etwa Taubeneigröße und einem hinteren kleineren, fast knorpelharten. Beide Körper waren durch einen dünnen Stiel miteinander verbunden. Der hintere saß mit schmaler Basis der Bindehaut an der Stelle auf, wo eigentlich der Augapfel sitzen sollte. Lider und Umgebung des Auges waren vollkommen normal. Die Orbita zeigte bei Betastung keinerlei Defekte. An der Nase ließen sich keinerlei Abweichungen von der Norm nachweisen. Auch ein normales Septum war vorhanden. Lippen und Mundhöhle zeigten keinerlei Besonderheiten. Der harte und weiche Gaumen waren normal. Auch am übrigen Körper fanden sich keinerlei Mißbildungen. Das Kind machte auch, abgesehen von der Mißbildung in der Gegend des rechten Auges, einen völlig normalen Eindruck. Um was es sich bei der Mißbildung handelte, kann erst die mikroskopische Untersuchung mit Sicherheit ergeben. Nach dem klinischen Bilde scheint es, daß die Mißbildung zu den sogenannten „Rüsselbildungen" gehört. Vermutlich stellt der Fall ein Zwischenglied zu den zwei von Seefelder und dem von Peters auf der Ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg 1910 demonstrierten Fall dar. In den beiden Fällen von Seefelder trat der Rüssel in der Höhe der Nasenwurzel hervor, während er in dem Peterschen Falle erst am Außenrande der Orbita zum Vorschein kam. In den Seefelderschen Fällen war der Augapfel auf der Seite des Rüssels erhalten, zeigte aber Entwicklungsstörungen, in dem Peterschen Falle fehlte er. Sowohl in den Fällen von Seefelder wie von Peters zeigte der Rüssel einen zentralen, mehr oder weniger tiefen Kanal. In dem vom Vortr. vorgestellten Falle fehlte der Kanal, dagegen fand sich an der Spitze des ganzen Gebildes eine flache, nabelartige Einziehung.

Erich Hoffmann: **Diphtherisches Hautgeschwür am rechten Nasenflügel mit teilweiser Zerstörung desselben.** Seit Anfang Dezember 1915 Borkenbildung an der rechten Nasenscheidewand, darauf Entwicklung eines Geschwürs von gut Markstückgröße, das am 11. Januar 1916 mit schwarzer Borke bedeckt war und einen Teil des Nasenflügelrandes zerstört hatte. Grund des Geschwürs glatt, mit membranartigem Belag; Rand kaum infiltriert und kaum gerötet. Für Lues und Tuberkulose kein Anhalt. Mikroskopisch Diphtheriebazillen ähnliche Stäbchen mit Polfärbung; Züchtung im Hygienischen Institut ergibt Diphtheriebazillen. Geimpfte Meerschweinchen und Mäuse bleiben gesund. Züchtung auf Pilze und Hefe negativ. Durch Injektion von Diphtherieheilserum (18. und 22. Januar je 1500 I.-E.) und örtliche Bepinselung damit schnelle Besserung. Danach muß bei dem 11jährigen Knaben, der im Krankenhause nicht gefiebert hat, ein diphtherisches Geschwür angenommen werden, das durch einen für Meerschweinchen avirulenten Stamm erzeugt ist, eigenartig chronisch verläuft und den Nasenflügel zum Teil zerstört hat. Der dicke schwarze Belag erinnerte zunächst an Noma, doch fanden sich keine fusiformen Bazillen oder Spirochäten. Die Wa.-R. fiel negativ aus.

(Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde Bonn, 24. Januar 1916.)

E. Schröder: **Vererbte doppelseitige Finger- und Zehendefekte bei Spalthand bzw. Spaltfuß.** Vorgestellt werden Großmutter, Mutter und Kind mit fast gleich stark ausgebildeter symmetrischer Hypodaktylie und Syndaktylien: an der Hand bestehen ein bzw. zwei (ulnare) Finger, am Fuße ein bzw. zwei Zehen, die sich mit einer bis in die Fußwurzel reichenden Spaltbildung kombinieren. Auffallend ist der Fortschritt zum Normalen bei den jüngeren Generationen.

Nach dem gleichzeitig mitgeteilten Stammbaum der Familie, an dem diese plötzlich ohne erkennbare Ursache aufgetretene Mißbildung durch fünf Generationen verfolgt wird, ist in einer Seitenlinie bereits restitutio ad integrum eingetreten. Bei der Besprechung der Entstehung und Vererbung lehnt der Vortragende die psychischen und für diesen Fall die amniogenen Einwirkungen ab. Es handelt sich um einen endogenen, in der Keimanlage bedingten Defekt. Für die ausgesprochene Vererblichkeit gibt die näher ausgeführte Chromosomentheorie keine Erklärung. Dagegen findet sich bei Anwendung der Mendelschen Vererbungsregeln, daß sie in der Hauptsache auch auf diesen Stammbaum zutreffen.

(Greifswalder Medizinischer Verein, 4. Februar 1916.)

Bernheim-Karrer: **Demonstration eines Falles von hereditärer Syphilis in der zweiten Generation.** Knabe, Zwillingskind, im Alter von 19 Tagen aufgenommen, jetzt $8^1/_2$ Monate alt. (Viertes Kind bzw. vierte Geburt. Die Zwillingsschwester stirbt einige Stunden alt an Lebensschwäche. Das älteste Kind ist $6^1/_2$, das zweite $2^1/_2$ Jahre alt. Beide sind gesund und zur richtigen Zeit geboren. Die dritte Geburt erfolgte vor $1^3/_4$ Jahren im 5. Schwangerschaftsmonat. Es handelte sich dabei um totgeborene Zwillinge.) In den ersten Wochen Ödeme. Nie Zeichen von Lues auf der Haut oder den Schleimhäuten. Im 6. Monat entwickelt sich ein leichter Hydrozephalus; im 7. Monat fällt auf, daß das Kind schielt. Ophthalmoskopischer Befund (Prof. Sidler-Huguenin): Beide Optici schmutzig grau und verwaschen, im übrigen die Augen normal. Wa.-R. positiv. Liquor cerebrospinalis klar, zeigt schwach positive Wa.-R. Spirochäten in ihm nicht nachweisbar. Das Radiogramm weist an Radius und Ulna ausgesprochene Verbreiterung der Epiphysenlinie und verstärkte Kalkzone mit dunkler Zwischenschicht auf. Nach fünf intravenösen Injektionen von im ganzen 0,25 Salvarsannatrium — Gewicht des Kindes 3500 g — verschwindet das Schielen, die Farbe des Optikus wird wieder gut und die Wa.-R. negativ. — Beim Vater des Patienten ergaben die äußere Untersuchung und die Anamnese keine Anhaltspunkte für Syphilis. Sein Blut ergibt eine fragliche Wa.-R.; dasjenige der Mutter eine negative. Dagegen zeigt sie Schwellung beider Unterschenkel, Druckempfindlichkeit der Tibiae und der Fibulae und im Radiogramm typische gummöse Periostitis und Ostitis. Die Frau leidet seit ihrem 5. Lebensjahr an Taubstummheit, die (nach Prof. Nager) auf eine Labyrinthaffektion zurückzuführen ist. Daß es sich dabei um eine hereditärluetische Erkrankung gehandelt hat, dafür spricht außer dem klinischen Befund der Umstand, daß der Vater der Mutter im Burghölzli an Paralyse kompliziert durch eine Sehnervenatrophie gestorben ist, demnach sicher luetisch war (laut Bericht von Prof. Bleuler). Die ausführliche Publikation dieses Falles wird in der Monatsschrift für Kinderheilkunde erfolgen.

Diskussion. Feer hält die positive Wa.-R. bei Kindern für nicht absolut beweisend. Er hat wiederholt eine vorübergehend positive Wa.-R. beobachtet, die dauernd ohne jegliche Behandlung negativ wurde, ohne daß der Verdacht auf Lues weiter bestätigt werden konnte. — Silberschmidt hält die positive Wa.-R. (nach den Erfahrungen am Hygienischen Institut) für beweisend, die negative Wa.-R. hingegen sollte mit außerordentlicher Vorsicht beurteilt werden. — Oswald erinnert, daß bei verschiedenen Störungen positive Wa.-R. beschrieben wurde. (Gesellschaft der Ärzte in Zürich, 26. Februar 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1]

Behandlung der Meningokokken- und Diphtheriebazillenträger. Von Dr. E. Küster. Mit einem Wassmuthschen Inhalationsapparat wurde eine von der Firma Wassmuth hergestellte Flüssigkeit Sano (wirksames Prinzip ein unterchlorigsaures Salz) zerstäubt und inhaliert, an drei aufeinander folgenden Tagen je 1 Stunde. Die Meningokokken verschwanden dann aus dem Rachen- und Nasensekret, ebenso die Diphtheriebazillen.

(Kriegsärztl. Abend d. Festung Köln, 4. Juni 1915.)

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



Die Formaminttabletten und die Nachprüfung ihrer Wirkung. Von Dr. M. Goldhaber. Es wurde mit 10 ccm sterilen Wassers eine Gurgelung vorgenommen, 1 ccm dieses Gurgelwassers wurde mit flüssig gemachter Nährgelatine, die sich in Petrischale befand, innig vermischt und 3—4 Tage bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Es ergab sich das Anwachsen der Mundbakterien zu unzähligen Kolonien, die als Staphylokokken und Streptokokken identifiziert wurden. Nun folgte der Versuch mit Formaminttabletten, zu welchem Zweck Verf. solche nahm, die bereits einige Wochen bei ihm lagerten. Nach Einnahme von 1 bzw. 2 Tabletten und Auflösen derselben im Munde wurde mit je 10 ccm sterilem Wasser die Mundhöhle gespült und im Rachenraum gegurgelt und wieder je 1 ccm dieses Spülwassers mit flüssig gemachter Nährgelatine zusammen gemischt und 3—4 Tage bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Es ergab sich deutlich die im Munde positiv erfolgte Hemmung bzw. Abtötung der Bakterien nach dem Gebrauch von 1 bzw. 2 Formaminttabletten. Aus diesem bakteriologischen Nachweis ergibt sich der unbestreitbare Wert der Formaminttabletten als Desinfiziens und Antiseptikum und ihre prophylaktische und therapeutische Bedeutung. (Zbl. f. inn. Med. 1915 Nr. 37.)

Prophylaxe bei Scharlach. Darüber spricht sich Hilbert aus. Die zurzeit herrschende Scharlachepidemie hat Verf. benutzt, um die von Grawitz empfohlene prophylaktische Behandlung mit Urotropin zur Verhütung von Nephritis, welche er bereits seit Jahren mit Erfolg angewendet, an einem größeren Material nachzuprüfen. Von 402 frisch eingelieferten und in dieser Weise behandelten Fällen trat bei 18 = 4,47% Nephritis auf, die in allen Fällen günstig, in den meisten sehr leicht verlief, keinmal zu Urämie führte. Von 143 in späteren Stadien eingelieferten Kranken erkrankten 38 an Nephritis = 26,5%; werden hiervon 23 abgezogen, welche bereits bei der Einlieferung Nephritis hatten, so bleiben immerhin noch 15 = 12,5% übrig, welche ohne die Urotropinbehandlung an Nephritis erkrankten. Von den 38 Nephritiden starben 2, bei 6 trat Urämie, bei 1 eine schwere, 5 Tage anhaltende Anurie auf. Auf Grund dieser Erfahrungen rät Verf. dringend, diese einfache und billige prophylaktische Methode in jedem Falle anzuwenden, zumal wir eine bessere bisher nicht besitzen. Er empfiehlt sofort 4 Tage hintereinander 3 mal 0,5 pro die (bei Kindern entsprechend weniger), dann 3 Tage Pause, dann nochmals 4 Tage 3 mal 0,5. Irgendeine schädliche Nebenwirkung hat er nie bei diesem Vorgehen gesehen.
(Verein f. wissenschaftl. Heilkunde Königsberg, 17. Mai 1915.)

Behandlung der Bronchorrhoe und Bronchoblennorrhoe im Kindesalter. Von Professor Dr. Göppert (Göttingen). Zu empfehlen ist Inhalation von Eukalyptusöl durch eine Maske (aus einer Düte) 3—4 mal täglich 10 Minuten lang mit Unterbrechungen. Außerdem läßt man nachts aufs Kopfkissen und tags aufs Taschentuch etwas von dem Öl auftropfen.
(Ther. Mhf., September 1915.)

„Romauxan", ein eisenhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel. Von Dr. Scheffen (Cöln a. Rhein). Das aus Milcheiweiß hergestellte, sehr leicht lösliche, gut schmeckende Präparat kann man der Milch, aber auch anderen Nahrungsmitteln (außer sauer reagierenden Flüssigkeiten!) zusetzen. Es enthält 1% Eisen, 5% Phosphorsäure, 12% Stickstoff und besitzt den hohen Energiewert von 440 Kalorien. Verf. hat es mit bestem Erfolge bei nervösen und anämischen Erscheinungen angewandt, speziell bei Schulanämie, Skrofulose, Neurasthenie, Anämie nach Blutverlusten, Chlorose, Morbus Basedow, bei in der Entwicklung zurückgebliebenen Kindern und stillenden Müttern. Es ist ein ausgezeichnetes Nähr- und Kräftigungsmittel, ein vorzüglicher Blutbildner. Man gibt Erwachsenen täglich 5—6 g (= 2—3 gehäufte Kaffeelöffel), Kindern die Hälfte. Preis: 25 g = 0,80 Mk. und 50 g = 1,50 Mk.
(Klin.-ther. Wschr. 1915 Nr. 43.)

Therapie des Stomatitis aphthosa. Von Prof. Dr. Göppert (Göttingen). Solange die Affektion sich im Blütestadium befindet, wirken Adstringentien sehr wenig, als Mundspülmittel angewandt, und beim Tupfen und Pinseln werden Läsionen bewirkt. Erst beim Nachlassen der Krankheit sieht man wohl eine Beschleunigung der Abheilung durch Mundspülen mit Wasserstoffsuperoxyd (1 Eßlöffel auf 1 Glas Wasser) oder Myrrhentinktur. Bis dahin bleibt Hauptsache die Linderung der Schmerzen, wie sie durch Aneson, Orthoform, Anästhesin



und Propesin bewirkt wird. Aneson wird aufgetupft, die anderen Mittel, zu 2 Teilen mit Milchzucker verdünnt, ohne Berührung des Zahnfleisches aus einem Pinsel ausgeklopft, und zwar 5—10 Minuten vor jeder Mahlzeit. Bleibt das Resultat aus, hungert das Kind weiter, so spielt die Psyche, die Furcht vor Schmerz eine große Rolle. Hier muß unter dem psychischen Zwange, unter Suggestion durch den Arzt dem Kinde nachgewiesen werden, daß das Kauen ohne Schmerzen möglich ist. (Ther. Mhf., September 1915.)

Behandlung des Defäkationsschmerzes kleiner Kinder. Von Professor Dr. Göppert (Göttingen). Die Schmerzen bleiben nach einer Fissur zurück oder sind die psychogene Fortsetzung eines früher körperlich bedingten Leidens. Man verordnet:

Rp. Anaesthesin. 0,2
Butyr. Cac. 1,5 (2,0)
D. t. suppos. Nr. 10.

10 Minuten nach Einführung wird das Kind zum Stuhlgang aufgefordert. Erfolgt keiner, so wird die Prozedur später wiederholt. Nach 5—7 Tagen führt man reine Kakaobutter ein. (Ther. Mhf., September 1915.)

Drosithum Bürger hat Dr. F. Cuno (Christsches Kinderhospital in Frankfurt a. M.) bei einer Keuchhustenepidemie mit sehr gutem Erfolge angewandt. Es handelt sich um kein Geheimmittel; Drosera rotundifolia und Thymus serpillum sind die Bestandteile. (M. Kl. 1915 Nr. 38.)

* **Chineonal als Wehenmittel.** Von Dr. Th. Herzog. (Aus dem Frauenhospital Basel-Stadt.)

1. Chineonal besitzt die wehenverstärkenden und vermehrenden Eigenschaften des Chinins und zugleich die beruhigenden des Veronals.

2. Bei einer Dosis von 5 Tabletten à 0,2, stündlich eine gegeben, haben wir in den meisten Fällen eine starke Steigerung der Wehenfrequenz und eine Verstärkung der Kontraktionen erreicht. Unangenehme Nebenerscheinungen haben wir bis jetzt nicht beobachtet.

3. Die beste Wirkung des Chineonals haben wir bei den atonischen Wehen der Eröffnungsperiode, besonders bei gesprungener Blase gesehen. In dieser Geburtszeit liegt das Hauptanwendungsgebiet des Chineonals.

4. Chineonal sensibilisiert den Uterus derart, daß nunmehr Sekakornin und Pituglandol stärker wirken und daß z. B. Abortiveier, die nicht mehr zurückzuhalten sind, rasch ausgestoßen werden. (M. m. W. 1915 Nr. 38.)

* **Zur Behandlung der Ausfallserscheinungen.** Von Ernst Engelhorn. (Aus der Großherzoglich Sächsischen Universitäts-Frauenklinik Jena.) Bei den nervösen Ausfallserscheinungen der Wechseljahre ist der Aderlaß ein rasch und zuverlässig wirkendes Mittel. Es genügt meist eine Blutentziehung von 100 ccm; unter Umständen ist der Aderlaß noch ein oder mehrere Male zu wiederholen. Auch bei den durch Dysfunktion des Ovars bedingten nervösen Störungen der Entwicklungsjahre ist vom Aderlaß Besserung zu erwarten.
(M. m. W. 1915 Nr. 45.)

* **Zur Behandlung des weiblichen Fluor mit Yatren-Gaze.** Von Dr. A. Bochynek. (Aus dem Kreiskrankenhaus Berlin-Lichterfelde.) Überraschende Erfolge bei unspezifischem Fluor (es genügt hier meist 10%ige Gaze), wo oft schon nach wenigen Tagen Besserung oder Heilung eintritt, gute auch bei Gonorrhoe, wo 20%ige Gaze notwendig ist, und bei frischen akuten Fällen durchschnittlich 10 Wochen Behandlung erforderlich sind, und bei länger bestehender Gonorrhoe, die 4—6—8 Wochen brauchen. Zunächst tägliche Tamponade, dann alle paar Tage. Versagt hat die Behandlung bei frischen Fällen mit Endometritis und Pyosalpingitis. (Klin.-ther. Wschr. 1915 Nr. 44.)

* **Tödliche Luftembolie durch Bolusinsufflation mit Nassauers Sikkator.** Von Privatdozent Dr. A. Hamm. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Straßburg i. E.) Der letal endigende Vorfall ereignete sich bei einer Gravida im 9. Monat und zwingt zu der Mahnung: „Weg mit dem Sikkator von der schwangeren Scheide!“ (Ebenso mit den Instrumenten von Liepmann und Scharfe.)
(M. m. W. 1915 Nr. 44.)

* **Behandlung der Erkrankungen der Vulva mit Thigasin-Henning,** einer neuen Thigenolsalbe, empfiehlt Dr. J. Trebing. (Prof. v. Bardelebens Poliklinik

für Frauenleiden in Berlin.) Besonders bei Vulvitis pruriginosa, aber auch Ekzemen, Erythemen usw. wirkte das Mittel ausgezeichnet.
(Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 10.)

* **Erfahrungen mit Jodostarin.** Von Dr. A. Wockenfuß (Berlin). Nach des Verf. Erfahrungen ist das Jodostarin ein hochwertiges Jodpräparat, das keinen Jodismus verursacht und selbst bei längerem Gebrauch vom Magen gut vertragen wird. Dieser Vorzug ist besonders wichtig bei solchen Kranken, bei denen im späteren Krankheitsstadium eine Schwächung der Körperkraft vermieden werden muß. Die Magenstörungen und der Jodismus bleiben nun aber nicht aus, weil das Jodostarin eine zu geringe Jodwirkung entfaltet. Diese Erklärung ist unzutreffend, denn das Jodostarin hat einen Jodgehalt von $47^1/_2$% und übertrifft mit diesem alle übrigen Jodpräparate. Zudem ist nachgewiesen, daß nach dem Gebrauche von Jodostarin sich im Urin ebenso prompt Jod chemisch nachweisen läßt wie nach der Zufuhr von Jodkali. Das Jodostarin unterscheidet sich dagegen von diesem im vorteilhaften Sinne dadurch, daß seine Ausscheidung durch den Urin 3mal länger anhält. Man muß aus dieser 3 Tage verzögerten Ausscheidung folgern, daß das Jod des Jodostarins weit länger im Organismus kreist und deshalb eine kräftige und andauernde Wirkung erzielen kann. Das Jodostarin scheint somit sehr geeignet, das Jodkali in allen den Fällen von vornherein zu ersetzen, wo es sich um empfindliche oder in irgendeiner Weise geschwächte Personen handelt, besonders bei Personen mit schwachem Magen und bei nervösen Menschen. (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 2.)

* **Über Erfahrungen mit Jodostarin.** Von Dr. W. Zeuner (Berlin). Als besonders prägnante Eigenschaften des Jodostarins seien seine Haltbarkeit, sein hoher Jodgehalt und sein außerordentlich angenehmer Geschmack hervorgehoben. Die Jod-Taririnsäure ist geruch- und geschmacklos, so daß es möglich war, das Mittel in einer angenehm schmeckenden Tablettenform herzustellen. Nach neuerlicher Verbesserung des Geschmacks müssen die Jodostarintabletten sogar als ganz besonders wohlschmeckend bezeichnet werden. Weiter ist seine leichtere Resorbierbarkeit nebst völliger Ausnutzung sowie intensiver Wirkung und seine geringe Giftigkeit hervorzuheben. Verf.s Erfahrungen mit der therapeutischen Kraft des Jodostarins erstrecken sich über eine Beobachtungszeit von 2 Jahren; während dieser Zeit wurden etwa 100 Fälle mit Jodostarin behandelt. Für die kassenärztliche Praxis kommt in Betracht, daß die Tabletten wegen ihres nicht hohen Preises auch von den Berliner Krankenkassen freigegeben sind. Verf.s Erfahrungen basieren zum größten Teil auf der Beobachtung an Patienten, bei denen häufige therapeutische Versuche konsequent und zuverlässig angestellt werden können. Verf. erblickt im Jodostarin ein zuverlässiges organisches Jodpräparat, das wegen seines hohen Jodgehalts eine kräftige und gleichmäßige Jodtherapie gewährleistet. Da es die Verdauungsorgane in keiner Weise ungünstig beeinflußt, sind die Jodostarintabletten besonders für die lang fortgesetzte Jodmedikation geeignet. (M. Kl. 1915 Nr. 12.)

IV. Monats-Chronik.

Auf der Jahresversammlung des Brandenburgischen Verbandes der Vaterländischen Frauenvereine hat Anfang Juni Geh. Obermedizinalrat Krohne über deutsche Bevölkerungspolitik einen beifällig aufgenommenen Vortrag gehalten, aus dem einige Einzelheiten an dieser Stelle wiedergegeben werden sollen. Wenn wir bei unserem früheren Geburtenüberschuß auf dem Standpunkt des Jahres 1900 geblieben wären, so wäre Deutschland heute um $2^1/_2$ Millionen Menschen reicher. Das Absinken der Geburtenziffer kann durch die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nur mäßig ausgeglichen werden, trotzdem ist diese Aufgabe mit allen Mitteln zu verfolgen. Die Säuglingssterblichkeit ist zwar von 20% des Jahres 1900 jetzt auf 15% herabgesunken. Das bedeutet aber immer noch den Tod von 270000 Säuglingen im Jahre, d. h. 28% aller Todesfälle; dazu kommen noch rund 56000 Totgeborene. Während in Deutschland von 1000 Kindern 150 sterben, beträgt die Sterbezahl in Frankreich nur 104, in England 95, in Norwegen 68. Die letztgenannte Ziffer werden wir freilich wohl nie erreichen, denn in Norwegen handelt es sich um ein Bauernvolk mit sehr geringer Industrie,

sehr geringer Wohndichte und kühlerem Sommerklima. Aber selbst wenn wir nur die französische Säuglingssterblichkeit erzielen, so würden wir einen Gewinn von 120000 Kindern pro Jahr haben. Zur Erreichung des Zieles bedarf es vor allem eines besseren Mutterschutzes. Es müssen mehr Entbindungsanstalten geschaffen werden, selbstverständlich nur zur Unterkunft für Frauen, die einer Entbindung in öffentlicher Anstalt bedürfen. Die Wochengelder der Krankenkassen müßten in Pflichtleistungen umgewandelt und für bestimmte Fälle auf 12 Wochen ausgedehnt werden. Notwendig sei auch eine gründliche Reform des Hebammenwesens, eine Frage, mit der sich die preußische Regierung wiederum eifrigst befasse. Den Hebammenberuf müßten sehr gebildete Frauen ergreifen, dazu sei aber die Steigerung der Einnahmen notwendig. Zur Verbesserung des Säuglingsschutzes müßten für jeden Landkreis und jede Gemeinde über 30000 Einwohner Säuglingsfürsorgestellen geschaffen werden, auch eine Vermehrung der Säuglingsheime und Krippen sei nötig. Die Fürsorge für die unehelichen Kinder sei zu verstärken, denn das Vorurteil gegen die unehelichen Geburten dürfte nicht die Kinder treffen. Die rechtliche Stellung der unehelichen Kinder sei zu verbessern, u. a. durch die Generalvormundschaft. Das Haltekinderwesen soll schärfer überwacht werden; auch dieser Frage hat sich die Regierung angenommen. Förderlich würde dem Säuglingsschutz auch eine bessere Ausbildung der weiblichen Jugend sein. In den letzten Schuljahren sollten die Mädchen in Säuglingspflege unterrichtet werden. Die moderne Mädchenerziehung müßte überhaupt mehr auf die Familie gerichtet sein. Das Frauenstudium sei gewiß an sich berechtigt, aber man wird in Zukunft auf diesem Gebiet stark bremsen müssen. Wir brauchen einen größeren Stamm von Säuglingspflegerinnen, Fürsorgeschwestern, Gemeindepflegerinnen usw. Die in Zukunft stärker notwendig werdende Überwachung der Säuglinge kann nicht von den Ärzten und Hebammen allein geleistet werden, hierfür müßten mehr Säuglingspflegerinnen eintreten, und es ist zu hoffen, daß auch gebildete Frauen sich für diesen Beruf zur Verfügung stellen. Es ist in Aussicht genommen, nach einjähriger Ausbildung der Säuglingspflegerin eine Staatsprüfung festzusetzen. (D. m. W. 1916 Nr. 26.)

Berlin. Im Berliner Medizinalamt haben Besprechungen über die Ernährungsverhältnisse der Schulkinder stattgefunden. Auf Grund davon sollen die Rektoren und Hauptlehrer zum 1. Oktober 1916, zum 1. Januar und 1. April 1917 berichten, ob nach ihrem Allgemeineindruck die Schulkinder durch die Ernährungsschwierigkeiten in ihrem Gesundheitszustand oder ihrer Lernfähigkeit beeinträchtigt erscheinen, ob die Schulversäumnisse zunehmen und, wenn ja, ob diese mit Erkrankungen infolge mangelhafter Ernährung zusammenhängen.

— Der Magistrat der Stadt Berlin hat mit dem Berliner Apothekerverein vereinbart, daß in den Apotheken Haferflocken zur Abgabe für Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahre vorrätig gehalten werden, falls Haferflocken im freien Handel nicht erhältlich sein sollten. Der Verkauf erfolgt in Mengen von 500 g für je einen Monat gegen Vorweisung einer Karte, die die Brotkommissionen ausstellen nach Einsicht der Geburtsurkunde des Kindes, für das die Haferflocken bestimmt sind. Außerdem können auch für Kranke in Notfällen Haferflocken in den Apotheken auf ärztliche Verordnung ohne Karten in Mengen bis zu 250 g verabfolgt werden.

München. Der Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern (bisherige Zentrale für Säuglingsfürsorge) hat in der letzten Sitzung die Einführung von Wanderfürsorgerinnen für das Land beschlossen, sowie die Ausdehnung der gesundheitlichen Fürsorgetätigkeit auf die Kleinkinder.

Straßburg. Dr. R. Hess hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Prag. Dr. Georg Brdlik hat sich für Kinderheilkunde an der tschechischen Universität habilitiert.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. November 1916. Nr. 11.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Th. Benda (Berlin), Die Witterung in ihren Beziehungen zu Scharlach und Diphtherie. (Arch. f. Kinderheilk. 65. H. 3 u. 4.) Die Untersuchungen stammen aus Berliner Material und erstrecken sich auf 38947 Scharlachfälle (29210 gemeldete + $33\,^1/_3\,^0/_0$ Zuschlag) und 41610 Diphtheriefälle (33295 + $25\,^0/_0$ Zuschlag). Bei Scharlach trifft das Minimum der Erkrankungen auf den Juli, das Maximum auf Oktober bzw. November; die Diphtheriekurve fällt vom Januar bis zum Juli mit zwei kleinen Erhebungen im März und Mai ab. Von den Komponenten der Witterung werden Temperatur, Luftdruck, Feuchtigkeitsgehalt, Bewölkung, Sonnenscheindauer, Niederschlagsmenge und Windrichtung in Betracht gezogen. Es ergibt sich hinsichtlich der Morbidität bzw. der Verbreitung der Krankheiten, daß Winde und Niederschläge Einfluß haben: trockenes, d. h. niederschlagsarmes Wetter wirkt scharlach- und diphtherieverbreitend. Der Einfluß der anderen Komponenten ist nicht so durchsichtig; die Abnahme der Wärme bedingt eine Hemmung. Die für das Wachstum des Scharlachs günstigen Wärmeverhältnisse liegen bei einer Temperatur zwischen 15° und 20°. Da aber im Frühjahr ähnliche Temperaturverhältnisse wie im Herbst herrschen, ist nicht die absolute Temperaturhöhe das Bedingende, sondern nur die bei der herbstlichen Witterungskonstellation auftretende. Sowohl hohe wie tiefe Temperaturen haben einen hemmenden Einfluß. — Bei der Diphtherie liegt die günstigste Temperatur tiefer als beim Scharlach, etwa zwischen 10° und 4—5°.

Die Kurve der Mortalität zeigt hinsichtlich Maximum und Minimum gegensätzliche Verhältnisse gegenüber der Morbidität: im Juli die höchsten, im September und Oktober annähernd die niedrigsten Ziffern. Dies kommt zum Teil auf das Konto der höheren Temperatur, zum Teil zweier anderer Faktoren: durch die fehlende schulärztliche Überwachung während der Ferien kommen bei der ärmeren Bevölkerung weniger Fälle zur Kenntnis des Arztes, während die Todesfälle sämtlich gemeldet werden müssen. Ferner erleidet die Berliner Bevölkerung der höheren Stände in der Reisezeit eine Verringerung; diese hat aber eine höhere Scharlachmorbidität. Das Fehlen der Wohlhabenden im Juli bewirkt also ein Sinken der Morbiditätskurve. Sie haben andererseits eine geringere Mortalität; infolgedessen steigt durch ihr Fehlen relativ die Kurve der Mortalität.

Hecker (München).

Rudolf Fischl (Prag), Ein neues Blutstillungsmittel. (Ebenda.) Das Mittel, als „Haemostaticum Fischl" im Handel (Luitpoldwerk, G. m. b. H., München), ist ein Zytozyn oder eine Thrombokinase und ist ein Feuchtextrakt aus Lungensubstanz. Es befördert in vitro die Blutgerinnung in sehr intensiver Weise und hat sich auch beim Versuch an Tieren und Mensch als sehr wirksam erwiesen. Die Anwendung geschieht äußerlich durch Berieselung und Betupfung. Hecker (München).

Julius Ritter (Berlin), Zur öffentlichen Diphtheriebekämpfung. (Ebenda.) Nicht viel Neues. Verf. fordert u. a. in allen Krankenhäusern die Anstellung eines bakteriologisch streng geschulten Assistenten und nicht nur in den Großstädten, sondern auch in den Zentren ländlicher Bezirke von den Materialsendungen der Praktiker leicht erreichbare Untersuchungsämter. In Stadt und Land ist diesem Untersuchungsmaterial von der Reichspost Vorzugsbeförderung einzuräumen. Hecker (München).

Paul Reckzeh (Berlin), Über Tuberkuloseveranlagung. (Ebenda.) Referierende Übersicht über die statistischen Untersuchungen von Gottstein, Florschütz, Weinberg u. a.
Hecker (München).

Frieda Lederer (Berlin), Eine bisher noch nicht beschriebene Form von postdiphtherischer Lähmung; einseitige Paralyse des Hypoglossus. (Ebenda.) 8jähriger Knabe erkrankt 8 Tage nach mit Serum behandelter Diphtherie an typischer Gaumensegellähmung; 6 Wochen später, nachdem diese Lähmung sowie eine Akkommodationslähmung schon abgeklungen war, trat Schwinden der Patellarreflexe und eine einseitige Hypoglossuslähmung auf. Die bis dahin vollkommen gerade herausgestreckte und nach allen Richtungen bewegliche Zunge wich stark nach rechts ab, und ihre rechte Hälfte erschien deutlich gerunzelt. Die Geschmacksempfindung war links, besonders gegen süß und bitter, herabgesetzt; partielle Entartungsreaktion im Bereich der Zunge sowie der rechten unteren Extremität. Der weitere Verlauf war gutartig. Hecker (München).

Herbert Koch, Die Beziehungen der Masern zu anderen pathologischen Prozessen. (Klinik v. Pirquet, Wien.) (Ztschr. f. Kdhlk. 11. S. 267.) Schon seit langem ist der Einfluß der Masern auf verschiedene pathologische Prozesse bekannt. Die experimentelle Bearbeitung der Frage ist erst möglich, seitdem v. Pirquet und Preisich zeigen konnten, daß die kutane Tuberkulinreaktion während des exanthematischen Stadiums der Masern gesetzmäßig negativ ausfällt. Das Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion erfolgt nicht plötzlich, sondern nach und nach, und ebenso das Wiederkommen; es besteht ein inniger Zusammenhang zwischen der jeweiligen Phase der Masern und den Veränderungen der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin. Koch berichtet nun über die Art und Weise, wie und in welcher Phase der Masern pathologische Prozesse beeinflußt werden. Es ergibt sich, daß gleichartige pathologische Prozesse in derselben Phase gleichartig beeinflußt werden, und zwar können drei Gruppen unterschieden werden:

1. Phase: Prodromalstadium der Masern, klinisch charakterisiert durch die Leukopenie: Beeinflussung der entzündlichen, mit Ex-

sudation einhergehenden Prozesse im Sinne einer Herabsetzung bzw. Aufhebung derselben. Beispiele: Eiterung, chronische Nephritis, Granuloma malignum, zum Teil auch die Tuberkulinreaktion.

2. Phase: Exanthematisches Stadium, begleitet von Anergie (Aufhebung bzw. Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit des Organismus auf allergische Prozesse). Beispiele: Tuberkulinreaktion (Verschwinden der skrofulösen Symptome), Verhalten der Revakzination und Erstvakzination, der Varizellen (Fehlen der Frühreaktion auf Revakzination, Verzögerung des Ablaufes der beiden anderen genannten Prozesse), Serumkrankheit, Psoriasis vulgaris.

3. Phase: **Die letzten Tage des Exanthems und die postexanthematische Periode, charakterisiert durch die Resistenzverminderung des Organismus. Möglichkeit zur Entwicklung und Ausbreitung von sekundären Infektionen (Bronchitis, Enteritis, Otitis, Diphtherie, Tuberkulose), wobei die klinischen Bilder eigenartig in ungünstigem Sinne beeinflußt werden.** Schick.

Castro, Über Erythrocyturia minima im Säuglings- und Kindesalter. (Kinderasyl Finkelstein, Berlin.) (Ebenda. S. 284.) Gelegentlich systematischer Urinuntersuchungen in der Zeit einer großen Grippeepidemie des Kinderasyls konnten bei 215 Säuglingen (100 Knaben, 115 Mädchen) in 22 Fällen = ca. 10% aller Säuglinge im Sedimente des Urins vereinzelte rote Blutkörperchen nachgewiesen werden. Diese Erythrozyturie dauerte in manchen Fällen wochen-, ja monatelang. Mit Rücksicht auf die geringe Zahl der roten Blutkörperchen (im Sediment 5—15 pro Gesichtsfeld) nennt Verf. das Symptom Erythrocyturia minima.

Als Ursache der Erscheinung kommen in erster Linie Infekte in Betracht. Dafür spricht das Auftreten des Symptoms gelegentlich der Vakzination und Tuberkulinreaktion. Dabei spielt noch eine konstitutionelle Disposition eine Rolle (débilité rénale).

Der Ursprungsort der Blutung ist, nach dem Aussehen der Erythrozyten (verschiedene Größe, verringerter Farbstoffgehalt, Schrumpfungserscheinungen) und ihrer gleichmäßigen Verteilung in verschiedenen Urinportionen zu urteilen, in die höheren Nierenabschnitte zu verlegen. Pathologisch-anatomische Untersuchungen konnten den renalen Sitz bestätigen (an vielen Stellen der Tubuli recti und contorti kleine Anhäufungen von Erythrozyten, innerhalb der Kapillarschlingen der Glomeruli an verschiedenen Stellen ausgetretene rote Blutkörperchen, die sich hier und da auch in der Kapsel zu mehreren angesammelt haben). Dagegen fehlten entzündliche Erscheinungen im anatomischen Bilde. Es muß sich daher um toxische Nierenschädigung handeln.

Über die Prognose des Symptoms läßt sich nichts Sicheres aussagen. Die Säuglinge können jedenfalls monatelang tadellos gedeihen; die Erythrozyturie kann auch für Monate verschwinden, ohne bei Infekten wiederzukehren.

Außer der reinen Erythrozyturie kommt eine Kombination (forme fruste) mit Pyelitis vor.

Differentialdiagnostisch kommt Morbus Barlow in Betracht.

Schick.

H. Mühsam (Berlin), Beitrag zur Behandlung der Diphtheriebazillenträger. (M. Kl. 1916 Nr. 31.) Seit mehr als einem Jahre hat Verf. bei der großen Zahl von Diphtheriekranken, welche nach Ablauf ihrer Krankheitserscheinungen noch Bazillen im Mandel-Rachenabstrich zeigten, und bei den als Bazillenträger überwiesenen Gesunden fachmännisch den Mund in Ordnung bringen lassen: Wurzeln wurden gezogen, Zahnhöhlen gereinigt und geschlossen, Fissuren geglättet, Zahnstein entfernt, die Zähne wurden jodiert, kurz, es geschah alles, was notwendig war, um das Gebiß instand zu setzen. Der Erfolg war durchaus befriedigend. Sämtliche Patienten sind bisher durch die Zahnbehandlung von ihren Diphtheriebazillen befreit worden. Grätzer.

Th. v. Olshausen (Berlin), Ärztliche Behandlung von Kindern. (Ebenda.) Verf. schreibt: „Aus der Behandlung von Kindern entstehen für die Ärzte nicht selten Rechtsstreitigkeiten, indem versucht wird, den Arzt deshalb auf Schadenersatz zu belangen, weil von ihm ein Eingriff ohne die Befragung der Eltern vorgenommen worden sei. Den Ausgangspunkt für die Erörterung der sich hieraus unter Umständen ergebenden Haftung des Arztes bildet die Frage, ob rechtlich eine Vertragsverletzung oder ein außervertragliches Verschulden des Arztes vorliegt. Diese Unterscheidung wieder kann dafür von Bedeutung sein, ob der Arzt auch für einen Ersatz des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, also sogenanntes Schmerzensgeld, aufzukommen hat.

Anläßlich eines neueren Falles, der zur Verurteilung eines Arztes zur Zahlung einer größeren Summe als Schadenersatz für die unvorsichtige Ätzung der Nase eines 4 Jahre alten Kindes und fehlerhafte Behandlung des Nasenleidens geführt hat, ist von dem Reichsgericht eingehender die Frage erörtert worden, wer in solchen Fällen der ärztlichen Behandlung von Kindern Vertragsgegner des Arztes ist.

Der Vater hat nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch kraft seiner elterlichen Gewalt das Recht und die Pflicht, für die Person und das Vermögen des Kindes zu sorgen. Es ist ihm durch ausdrückliche Gesetzesvorschrift auch die Vertretung des Kindes übertragen worden. An sich wäre es daher rechtlich denkbar, daß der Vater, wenn er zu seinem erkrankten Kinde einen Arzt ruft, dabei in Vertretung des Kindes handelt. Um dies annehmen zu können, müßten jedoch besondere Umstände vorliegen; denn in der Regel wird der Vertrag mit dem Arzt von dem Vater lediglich in seinem eigenen Namen abgeschlossen. Es entspricht, wie das Reichsgericht sagt, der Natur der Sache und der Verkehrssitte, daß der von den Eltern zur Behandlung eines kleinen, meistens vermögenslosen Kindes zugezogene Arzt ausschließlich mit den Eltern kontrahiert. Nach dem sittlichen wie rechtlichen Inhalt des Elternverhältnisses bewege sich der Vertragswille des Vaters regelmäßig in dieser Richtung.

Diese Ansicht des Reichsgerichts entspricht durchaus der Billigkeit und der Auffassung des Volkes. Insbesondere würde es auch der Arzt als eine Verkennung der dem Vertrage zugrunde liegenden Lebensverhältnisse ablehnen, sollte er mit seiner Honorarforderung ausschließlich an das Kind verwiesen werden. Das Kind ist in dem

zwischen Arzt und Vater geschlossenen Vertrage rechtlich nur der Dritte, an dem sich die dem Vater geschuldete Vertragsleistung des Arztes vollziehen soll. Hat der Vater des Kindes daher infolge der von dem verklagten Arzte begangenen Kunstfehler für die anderweitige ärztliche Behandlung und für die Gesundung seines Kindes Auslagen machen müssen, so kann er diese Aufwendungen von ihm ersetzt verlangen. Sie stellen den Schaden dar, der dem Vater als Vertragsgläubiger des Arztes durch dessen schuldhafte Vertragsverletzung entstanden ist. Dem Kinde gegenüber aber hat der Arzt, wie das Reichsgericht in dieser Entscheidung darlegt, keine Vertragswidrigkeit, sondern nur eine unerlaubte Handlung begangen. Das Kind kann daher nach den Vorschriften über die unerlaubten Handlungen auch Ersatz des immateriellen Schadens von dem Arzte begehren.

Bei dieser Gelegenheit betont übrigens der oberste Gerichtshof, daß der Arzt im allgemeinen seinem zu behandelnden Kontrahenten für schuldhafte Kunstfehler nicht nur aus Vertrag, sondern zugleich aus unerlaubter Handlung haftet. Diese Rechtsansicht des Reichsgerichts ist von großer praktischer Bedeutung für die Ärztewelt. Es ist hiernach der Arzt, der einen Kunstfehler begangen hat, in der Regel nicht nur für den Vermögensschaden, sondern auch für Schmerzensgeld zivilrechtlich haftbar." Grätzer.

P. Esch, Zur Klinik und Therapie der intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg.) (Zbl. f. Gynäk. 1916 Nr. 17.) (Forts.) Ein klassisches Beispiel stellt in dieser Hinsicht unser Fall 8 (Degeneratio lipomatosa neonatorum) dar: Das Kind erholte sich nach dem ersten tonisch-klonischen Krampfanfall, der mit einer Zyanose einherging, für 12 Stunden vollkommen. Erst nach den weiteren Anfällen blieb die Dyspnoe bestehen.

Ferner ist besondere Sorgfalt auf die Feststellung irgendeines Krankheitsprozesses zu legen, zumal wenn in der anfallsfreien Zeit zerebrospinale Erscheinungen fehlen; denn erfahrungsgemäß können Neugeborene bei den verschiedenartigsten Krankheiten und Anlässen von sogenannten „Gelegenheitskrämpfen" befallen werden. So beobachtete ich z. B. bei einem 9 Tage alten Kinde klonische Zuckungen im Gesicht und den Extremitäten nach einem plötzlichen Temperaturwechsel.

Eine weitere, nicht unwichtige Methode zur Sicherstellung der Differentialdiagnose ist die Prüfung der Fontanellenspannung während des anfallsfreien Intervalls. Bleibt sie auffallend gespannt, oder können gar durch Druck auf dieselbe Krämpfe ausgelöst werden, so ist dies zugunsten eines organischen Leidens, und bei der Häufigkeit ihres Vorkommens im allgemeinen für eine intrakranielle Blutung zu deuten. Allerdings müssen bei dieser Prüfung zwei Fehlerquellen berücksichtigt werden: Durch Sinken des Blutdruckes infolge von Flüssigkeitsverlusten (gastrointestinale Erkrankungen) oder infolge von zu geringer Flüssigkeitszufuhr sinkt auch die Fontanellenspannung, während sie andererseits auch nach funktionellen Krämpfen, wenn

sie öfters in heftiger Weise wiederkehren, durch ein sich entwickelndes Ödem steigen kann.

Trotz dieser differentialdiagnostischen Hilfsmittel können gelegentlich die Tetanie, auch der Tetanus (vgl. oben Abels), vor allen Dingen aber die Eklampsie der Neugeborenen, besondere Schwierigkeiten bereiten. Wissen wir doch, daß gerade bei der mütterlichen Eklampsie die Kinder verhältnismäßig nicht selten von intrakraniellen Blutungen heimgesucht werden, wodurch die an sich schon bestehenden differentialdiagnostischen Schwierigkeiten noch erhöht werden. Es dürfte deshalb angebracht sein, mit einigen Worten das im allgemeinen wenig bekannte Bild der Eclampsia neonatorum zu streifen:

Wie Verf. sich durch eigene Beobachtungen und 29 in der Literatur gesammelte Fälle (5) überzeugen konnte, beginnt der einzelne Anfall häufig mit Zwinkern der Augenlider und Starrheit des Blickes, die öfters von einem Nystagmus begleitet wird. Gleichzeitig stellt sich unter aussetzender oder mühsamer Atmung eine Zyanose ein. Sehr bald tritt ein Tonus der Körpermuskulatur auf, der nicht selten von klonischen Zuckungen unterbrochen wird. Während dieser tonisch-klonischen Krämpfe besteht Bewußtlosigkeit; auch nach dem Anfalle machen die Kinder häufig noch einen soporösen, schläfrigen Eindruck.

In derartigen und anderen differentialdiagnostisch schwierigen Fällen (vgl. Fall 8 und 9) wird man gut daran tun, zum letzten und wohl auch aussichtsreichsten Hilfsmittel, der Lumbalpunktion, zu greifen. Sie setzt uns in die Lage, durch Feststellung eines erhöhten Druckes und durch die Feststellung einer eventuellen krankhaften Veränderung der Zerebrospinalflüssigkeit nicht nur die funktionellen Krampfzustände von den organischen im allgemeinen zu unterscheiden, sondern sie läßt auch die intrakraniellen Hämorrhagien an sich durch den Nachweis einer Blutbeimischung zu dem Liquor erkennen. Allerdings ist es erforderlich, das Punktat nicht allein einer makroskopischen, sondern auch einer mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen. Ein Beispiel dafür:

Fall 10. Ein 3320 g schweres, asphyktisch geborenes Kind war in den ersten 4 Tagen stets unruhig. Am 5. Tage stellte sich eine ausgesprochene Hypertonie der Extremitätenmuskulatur ein, die öfters durch klonische Zuckungen unterbrochen wurde. Auch in der Gesichtsmuskulatur traten Zuckungen auf, denen sich einen Tag später eine linksseitige Fazialisparese zugesellte. Der Liquor war getrübt; eine Trübung von der Art, daß sie bei ausschließlicher makroskopischer Prüfung wohl für eine sehr geringe Blutmischung (älteres Blut) hätte gedeutet werden können. Im mikroskopischen Präparate waren aber Lymphozyten und polynukleäre Leukozyten nachweisbar; desgleichen ergab die Nonnesche Reaktion mit Ammoniumsulfat in 8 Sekunden eine Trübung. Es handelte sich demnach um einen entzündlichen Prozeß. Temperatursteigerungen traten erst vom 9. Lebenstage an auf, und der Tod erfolgte am 14. Tage.

Die Sektion ergab eine Meningitis cerebrospinalis mit hauptsächlichem Sitze über der rechten Konvexität des Großhirns, ausgehend von einer rechtsseitigen eitrigen Mittelohrentzündung. (Näheres über diesen Fall s. H. Bonhoff und P. Esch, Ztchr. f. Geburtsh. u. Gynäk. LXX, H. 3 S. 886.)

Große, ja nicht selten unüberwindliche Hindernisse stellen sich einstweilen der letzten diagnostischen Aufgabe, der Erkennung der Lokalisation des Hämatoms entgegen, was ich im Gegensatz zu Mayer von vornherein betonen möchte. Schon aus der einfachen Tatsache,

daß sich bei unseren Fällen, mit nur zwei Ausnahmen, gleichzeitig Blut über den verschiedensten Gehirnregionen fand, geht hervor, daß praktisch eine genaue topographische Feststellung und Abgrenzung des Blutungssitzes allzu häufig unmöglich sein muß. Und gerade diese Diagnose ist in Anbetracht einer operativen Behandlung von besonderer Wichtigkeit. Selbstverständlich ist es ebenfalls unmöglich, eine subdurale Blutung klinisch von einer größeren, Symptome verursachenden intrazerebralen Hämorrhagie zu unterscheiden (vgl. Fall 7 mit Kleinhirnblutung).

Vergegenwärtigen wir uns die Symptomatologie, wie sie Seitz für die unterhalb des Tentoriums gelegenen Blutungen angibt, so müssen wir auf Grund unserer Beobachtungen sagen, daß sie nicht eindeutig für diese Lokalisation spricht; denn wir haben sie auch bei Fällen mit anderer Lokalisation des Hämatoms gesehen (vgl. die Fälle 4 und 6). Andererseits geben die einseitigen Erscheinungen, die Seitz in seinen Fällen mit Hämorrhagien über dem Großhirn beobachtete, in manchen Fällen zweifellos richtige Fingerzeige für die topographische Diagnostik. Jedoch sind wir an der Hand derselben nicht in der Lage, eine gleichzeitig bestehende Blutung in der Umgebung des Kleinhirns auszuschließen. Mußte es doch Verf. selbst erleben, daß ein Kind, welches er wegen „supratentorialer" Blutung trepaniert hatte, nachträglich an einer vorher nicht erkannten infratentorialen Hämorrhagie zugrunde ging.

Bei diesen außerordentlich großen Schwierigkeiten empfahl Seitz mit Recht die Lumbalpunktion, um mit ihrer Hilfe den Blutungssitz zu erkennen. Sie soll bei Blutungen über dem Großhirn meist einen leicht blutigen Liquor und bei infratentorialen eine reichliche Blutbeimengung zu der Zerebrospinalflüssigkeit ergeben. Der Autor warnt vor Täuschungen, die durch Blutbeimischung aus dem Wirbelkanal entstehen können. Derartige Blutmischungen können von einer gleichzeitig bestehenden Verletzung der Wirbelsäule, von einer Zerreißung der Gefäße der Rückenmarkshäute, sowie von einer durch die Punktion selbst gesetzten Gefäßverletzung herrühren. Auf Grund von theoretischen Erwägungen möchte ich außerdem gegen dieses Hilfsmittel geltend machen, daß es bei der Häufigkeit der durch Tentoriumrisse bedingten Blutungen, die nicht selten sowohl am Okzipitallappen des Großhirns als auch über der oberen Fläche des Kleinhirns sitzen, in einer Anzahl von Fällen voraussichtlich im Stiche lassen bzw. zu Fehlschlüssen führen wird; denn unter diesen Verhältnissen ist eine reichliche Blutbeimengung zu erwarten, die aber nach der Angabe des Autors lediglich für eine infratentoriale, aber nicht für eine Mischblutung spricht. Auch beobachteten wir einmal bei einer Blutung in der Umgebung des Kleinhirns nur eine geringe Blutbeimischung in dem Punktate anstatt einer reichlichen. Die Ursache dieses abweichenden Ergebnisses ist höchstwahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß das Blut, wie die Autopsie ergab, größtenteils geronnen war. Dieser Fall zeigt jedenfalls eine weitere Fehlerquelle der Methode. Daß es unter Umständen notwendig ist, bei geringer Blutbeimengung das Punktat auch mikroskopisch zu untersuchen, wurde schon erwähnt (vgl. Fall 10). Schließlich kommt bei

einer geringen Blutbeimischung auch noch eine Pachymeningitis haemorrhagica differentialdiagnostisch in Frage.

Unter diesen Umständen müssen wir uns bei der Bewertung der Spinalpunktion nach meiner Ansicht eingestehen, daß wir mit ihrer Hilfe in einer Anzahl von Fällen nicht imstande sind, die Lokalisation des Hämatoms nachzuweisen und mit Sicherheit abzugrenzen; sie wird aber immerhin in manchen Fällen beachtenswerte diagnostische Dienste leisten, wenn ihr Ergebnis mit gleichzeitig bestehenden, halbwegs eindeutigen klinischen Symptomen übereinstimmt. Beispielsweise wird ein leicht blutiger Liquor im Verein mit einseitigen Rindensymptomen für eine Konvexitätsblutung sprechen.

Einen größeren Erfolg als die Lumbalpunktion verspricht dem Anscheine nach die von Henschen angegebene Fontanellaspiration. Der Autor empfiehlt, zu diesem Zweck mit einer dicken Kanüle im äußersten Seitenwinkel der großen Fontanelle oder von der kleinen Fontanelle aus unter die Schädelknochen einzugehen und nach Blut zu aspirieren. (Näheres über Technik und Anwendungsweise s. Zbl. f. Gynäk. 1913 S. 925.) Bisher haben wir keine praktischen Erfahrungen mit dieser Methode an unserer Klinik gesammelt; wir wollen sie aber in Zukunft prüfen. Bei der Häufigkeit, mit der sich die Blutungen, wie schon erwähnt, gleichzeitig über verschiedene Gehirnregionen ausbreiten und bei den meist nur unbestimmten klinischen Erscheinungen der Hämorrhagien, erscheint es allerdings von vornherein zweckmäßig, sowohl von der großen wie von der kleinen Fontanelle aus zu aspirieren; denn ein bejahendes Ergebnis der Aspiration von nur einer Fontanelle aus schließt noch nicht eine gleichzeitig bestehende Blutung über einer anderen Gehirngegend aus. Vielleicht leistet auch das Henschensche Vorgehen im Verein mit der Spinalpunktion Nützliches, so daß es auf diese Weise gelingt, den Sitz bzw. die Ausbreitung des Hämatoms in einer größeren Anzahl von Fällen, als es bisher möglich war, festzustellen.

Ätiologie. Um den ursächlichen Zusammenhang, der zwischen der Geburt — sowohl der spontanen wie der operativen — und den intrakraniellen Blutungen besteht, dem Verständnis näher zu rücken, ist es erforderlich, in erster Linie die Tatsache zu berücksichtigen, daß die Hämorrhagien venöser und nicht arterieller Herkunft sind. Bei Berücksichtigung dieser Tatsache ergibt sich sofort die weitere, daß die Überfüllung der intrakraniellen venösen Gefäße eine wichtige Rolle bei dem Zustandekommen der Blutungen spielen muß.

Eine derartige venöse Hyperämie kann durch eine allgemeine Stauung im Kreislaufe, wie sie ein intrauterin entstandener Herzfehler und auch eine Nabelschnurumschlingung bedingen können, oder durch eine örtliche Kompression der Halsgefäße — durch eine Hyperplasie der Thyreoidea oder der Thymus — hervorgerufen werden. Es mag auch sein, daß die Annahme von Abels (l. c.), nach der dem Druckunterschiede, welcher in der Ausbreitungszeit zwischen dem Kopf und dem übrigen Körper des Kindes besteht, in dieser Hinsicht eine Bedeutung zukommen soll, zu Recht besteht. Im allgemeinen möchte ich allerdings glauben, daß dieser Unterschied

mehr bei den oberflächlichen Kopfvenen als bei den tiefen, intrakraniellen Gefäßen zu einer beachtenswerten Wirkung kommt.

Indessen müssen die genannten Ursachen für eine Überfüllung der im Schädelinnern liegenden Venen an Häufigkeit weit hinter einer anderen, der intrauterinen Asphyxie, zurücktreten, zumal wenn man die Fälle von Nabelschnurumschlingung und Nabelschnurvorfall, soweit sie Erscheinungen verursachen, hier mitzählt. Schon Seitz, Mayer u. a. haben auf die Asphyxie als wichtiges, prädisponierendes Moment für die Genese der intrakraniellen Blutungen hingewiesen.

In der Tat läßt sich diese Annahme in 12 von unseren Fällen nachweisen: 4mal zeigten sich, ohne erkenntlichen Grund, Veränderungen der kindlichen Herztöne von der Art, daß sie auf eine intrauterine Asphyxie schließen ließen. Außerdem bestand 2mal eine Nabelschnurumschlingung und 3mal ein Nabelschnurvorfall mit erheblichen Störungen. Ferner handelte es sich 1mal um einen Fall von tiefem Sitz der Placenta, bei dem ein Zweifelsches Bläschen eingelegt wurde, ein andermal (Fall 1) um eine Placenta praevia (vorzeitige Wendung, Luftembolie der Mutter), und bei einem weiteren Falle konnten während der Vornahme des Veit-Smellieschen Handgriffes deutlich Atembewegungen des Kindes beobachtet werden.

Schließlich läßt es sich in einem 13. Falle, bei dem die Mutter zur Linderung des Geburtsschmerzes Pantopon-Skopolamin erhalten hatte, nicht ganz von der Hand weisen, daß ebenfalls eine intrauterine Asphyxie bestand (Fall 12). Allerdings konnten wir die Asphyxie nicht nachweisen; auch haben wir bei anderen Kindern (insgesamt 199 Fälle), deren Müttern teilweise weit höhere Dosen Pantopon-Skopolamin injiziert worden waren, niemals eine Asphyxie erlebt, und nur 3mal eine bedeutungslose Oligopnoe beobachtet. Einstweilen möchte ich daher, in Anbetracht der heutzutage häufigen Gepflogenheit, Narkotika unter der Geburt zu verabfolgen, lediglich die Aufmerksamkeit auf diesen Fall lenken, aber keine Asphyxie bei ihm supponieren.

Dagegen möchte ich die Beobachtung, die Mayer erwähnt, daß sich in dem vorliegenden Materiale von intrakraniellen Blutungen oft Eklampsie der Mutter findet, an erster Stelle mit einer durch die eklamptischen Anfälle hervorgerufenen Asphyxie des Kindes in Zusammenhang bringen. Wissen wir doch, daß ein hoher Prozentsatz der Kinder gerade bei häufig wiederkehrenden Anfällen der Mutter abstirbt. Allerdings werden die nicht selten wegen der Eklampsie vorgenommenen Operationen, auf die der Autor schon hinweist, ebenso vielleicht die Tatsache, daß es sich in etwa 30—40% um Frühgeborene (mit zerreißlichem Gewebe) handelt, mitspielen, während ich die Erkrankung an sich einstweilen, im Gegensatz zu Mayer, nicht als ursächliches Moment gelten lassen möchte, da ich keine Begründung für diese Annahme finden kann.

Die Bedeutung einer Stauung im intrakraniellen Venengebiet liegt auf der Hand. Die strotzend gefüllten, bis zu einem gewissen Grade durch die abnorme Füllung überdehnten Gefäße werden bei

Druckverschiebungen der Schädelknochen intra partum leichter einreißen, als wenn sie einen regelrechten Füllungsgrad aufwiesen.[1])

Auch für die Intensität der Blutung ist die venöse Hyperämie häufig von großem, wenn nicht von ausschlaggebendem Belang, da die Blutung nach unseren bisherigen Erfahrungen meist aus sehr kleinen, in die entsprechenden Sinus einmündenden Gefäßen herrührt. Infolgedessen wird es nur dann zu bemerkenswerten Hämorrhagien kommen, wenn ein hoher Blutdruck in den betreffenden Gefäßen besteht. Außerdem wird unter diesen Umständen eine den Riß verstopfende Gerinnselbildung verhindert; erfolgt sie aber trotzdem, so wird der Thrombus durch den gesteigerten Druck aus dem Gefäßlumen herausgeschleudert. Schließlich entsteht, wie Benecke für die durch Tentoriumrisse verursachten Blutungen ausführt (M. med. W. 1910 Nr. 41 S. 2125) ein Circulus vitiosus, indem die vermehrte Blutung eine weitere Kompression der Medulla oblongata und damit Störungen in den Atmungs- und Zirkulationsreflexen bedingt.

Für diese Ausführungen spricht auch die Tatsache, daß ein großer Prozentsatz von Kindern von einer Läsion des Tentoriums befallen wird, ohne daß es zu Blutungen kommt, die zerebrale Störungen zu machen imstande wären (Benecke). Auch wir beobachteten in einem Falle (Fall 11, Landgraf) nur gelblich braunes Blutpigment zwischen den beiden Blättern des Tentoriums, trotzdem es rechts wie links je einen Einriß aufwies, die allerdings nicht ganz bis zum freien Rande vordrangen. Überhaupt war die Menge des Blutes nicht immer abhängig von der Ausdehnung der Einrisse, was alles nur in dem Sinne gedeutet werden kann, daß den Zirkulationsverhältnissen eine erhebliche Bedeutung hinsichtlich der Intensität der Blutung zukommt.

Als weiterer disponierender Faktor für die intrakraniellen Blutungen werden von einzelnen Autoren (Kundrat, Kretz) harte Schädelknochen angegeben, während andere (Seitz, Finkelstein, Abels) gerade das Gegenteil, nämlich weiche Schädeldecken, anführen. Auf die theoretische Begründung dieser Ansicht will ich nicht eingehen, sondern ich möchte nur unsere entsprechenden Beobachtungen mitteilen: Neben regelrechter Beschaffenheit des Schädels fielen in unseren Fällen 5mal harte Schädelknochen und nur 1mal weiche auf; außerdem waren die Nähte in 2 Fällen sehr weit. Obgleich unsere Erfahrungen demnach zugunsten der ersten Anschauung sprechen, erscheint mir das Zahlenmaterial doch zu gering, um ein abschließendes Urteil in dieser Frage zu erlauben.

Die Annahme von Mayer, daß die Lues wahrscheinlich eine große Rolle beim Zustandekommen der Blutungen spiele, wird durch

---

[1]) Seitz nimmt sogar an, daß große intrakranielle Blutungen einzig und allein durch Asphyxie entstehen können. In dieser Annahme geht der Autor nach meiner Ansicht etwas zu weit, da es mir nicht berechtigt erscheint, die Wirkung selbst einer geringfügigen Knochenverschiebung des Schädels, wie sie die Geburt stets mit sich bringt, ganz außer acht zu lassen. Außerdem spricht bis zu einem gewissen Grade die Tatsache gegen diese Annahme, daß man bisweilen Fälle von intrauterinem Erstickungstode ohne irgendwelche intrakraniellen Blutaustritte beobachtet; andere derartige Fälle zeigen nur die bekannten petechialen Blutaustritte.

unsere Fälle nicht bestätigt. Von den syphilitischen Kindern unserer Klinik erlitt nämlich bisher kein einziges eine intrakranielle Blutung, während die von einer Hämorrhagie befallenen sowie ihre Mütter keine Anhaltspunkte für eine luetische Erkrankung aufwiesen. Auch in den Krankengeschichten von Mayer finden sich übrigens keine Angaben über eine syphilitische Erkrankung der Kinder. Wir wurden zu unseren Beobachtungen auf Grund derselben Überlegung (Syphilis haemorrhagica!) veranlaßt, die den Autor zur Aufstellung der genannten Hypothese führte. Trotz unserer bisherigen, verneinenden Erfahrungen werden wir deshalb auch fernerhin unsere Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gerichtet halten.

Die Frage — deren Erforschung Mayer für sehr beachtenswert hält —, ob andere Erkrankungen der Mütter, vor allem Arteriosklerose, Nebennierenerkrankungen, Schrumpfniere, chronische Bleivergiftung, Alkoholismus, Lebererkrankungen, akute Infektionskrankheiten, wie Typhus usw., zu einer abnormen Brüchigkeit der kindlichen Gefäße und zu Blutungen führen können, müssen wir einstweilen dahin beantworten, daß keine dieser Erkrankungen in unseren Fällen beobachtet wurde. Auch aus der Literatur ist Verf. kein derartiger Fall bekannt. (Schluß folgt.) Grätzer.

J. Schlicht, Kasuistische Beiträge zur Lehre von der juvenilen Paralyse. (Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität in München.) (Inaug.-Diss. München 1915.) Verf. gibt die ausführlichen Krankengeschichten von 14 Fällen von juveniler Paralyse wieder, von denen 12 bereits ad exitum gekommen sind. Davon waren 8 männlich, 7 weiblich.

Es erkrankten:

Bestimmt			Wahrscheinlich		
Im Lebensjahr	Fälle	Geschlecht	Im Lebensjahr	Fälle	Geschlecht
7.	1	männlich	4.	1	weiblich
8.	1	männlich	13.	1	weiblich
9.	2	1 weibl., 1 männl.	16.	1	weiblich
11.	3	2 männl., 1 weibl.			
13.	1	männlich			
15.	1	weiblich			
16.	1	weiblich			
17.	1	männlich			

Es dauerten:

Bestimmt		Wahrscheinlich	
Jahre	Fälle	Jahre	Fälle
3	3	4	2
7	2	6	1
8	1	9	1
11	1	11	1

In 1 Fall, der noch am Leben ist, betrug die Krankheitsdauer bisher 5 Jahre. Im allgemeinen verläuft die Paralyse im Kindesalter viel langsamer als bei Erwachsenen. Sie dauert bei ersteren etwa 6 Jahre gegenüber 2—3 Jahren bei Erwachsenen. Über die Ätiologie der Erkrankung ermittelte Verf. folgendes: In 2 Fällen Geisteskrankheiten in der Familie. In 3 Fällen Alkoholismus des Vaters. In 1 Fall „Kopftyphus" des Vaters, in je 1 Fall Tabes bzw. Paralyse des Vaters, in 1 Fall Paralyse der Mutter. Die Heredität im weiteren Sinne betrug demnach etwa 45%. In allen Fällen ließ sich Lues nachweisen. In 8 Fällen (60%) hatten die Mütter Tot- und Fehlgeburten durchgemacht. In 7 Fällen wurde beiden Eltern die Wa.-R. im Blute gemacht, wobei sich 7mal (50%) ein positiver Ausfall bei den Müttern ergab. 2 dieser Fälle ergaben auch beim Vater positive Luesreaktion im Blut. Die große Mehrzahl der Kinder erschien körperlich oder geistig oder auf beiden Gebieten geschädigt. Äußere Zeichen der Erbsyphilis fand Verf. 9mal (etwa 65%). In 6 Fällen fand Verf. Drüsenschwellungen oder Hautausschläge in frühester Jugend. In 4 Fällen zeigte sich eine deutliche Alopezie. In 4 Fällen fanden sich ausgesprochene luetische Veränderungen der Hornhaut, Chorioidea, Retina oder Atrophie des N. optikus. 13 Fälle zeigten ausgesprochene Hutchinsonsche Zähne. Die Wa.-R. war in allen Fällen im Blut, in 13 Fällen auch in der Spinalflüssigkeit positiv. Der Verlauf der Krankheit bot im allgemeinen nichts Bemerkenswertes. In fast 3/4 der Fälle machte sich vor Ausbruch der Erkrankung eine gewisse körperliche oder geistige Schwäche bemerkbar. In je 1 Fall bestanden Beeinträchtigungsideen bzw. Sinnestäuschungen (Visionen). Der Verlauf der juvenilen Paralyse stimmt auch nach den Beobachtungen des Verf.s mit der der Erwachsenen im wesentlichen überein. Störungen der Lichtreaktion fanden sich in allen Fällen, mit Ausnahme eines nicht verwertbaren. Im einzelnen bestand: reflektorische Pupillenstarre in 4 Fällen (30%), absolute Pupillenstarre in 9 Fällen (70%), Ungleichheit der Pupillen in 9 Fällen, auffallende Weite der Pupillen in 4 Fällen. Augenhintergrundsveränderungen fand Verf. 7mal, nämlich: Chorioretinitis luetica und Optikusatrophie in 2 Fällen, Optikusatrophie in 1 Fall, Chorioretinitis luetica in 1 Fall. Die Augenbewegungen waren in sämtlichen Fällen frei. 2mal bestand horizontaler Nystagmus convergens bzw. divergens. In 1 Fall bestand Exophthalmus. Die Patellarreflexe waren in allen Fällen, mit Ausnahme eines Falles, in dem sie völlig fehlten, lebhaft oder gesteigert; ebenso die übrigen Reflexe. Babinski war 8mal positiv. Bei 3 Patienten befand sich die große Zehe in vorübergehender oder in andauernder Babinskistellung. In 1 Fall konnte bisweilen kontralateraler Babinski (Monakow) beobachtet werden. In 4 Fällen war Oppenheim positiv, ebenso Fuß- und Patellarklonus vorhanden. Störungen der Sensibilität fanden sich 7mal, und zwar 4mal Hyperalgesie und 2mal Hypalgesie. 1mal bestand Hypalgesie an den Unterarmen und Unterschenkeln bei gleichzeitiger Hyperalgesie am Rumpf. In 9 Fällen entwickelten sich im Laufe der Zeit mehr oder weniger hochgradige Muskelspannungen. In 5 Fällen führten sie zu (Beuge-) Kontrak-

turen, die meist zunächst in den Beinen, dann auch in den Armen sich geltend machten. Bei 2 Kranken waren die Füße in dauernder Spitzfuß-, bei 1 Kranken in Rumpffußstellung fixiert. In 5 Fällen war Tremor der Hände nachweisbar. In 2 Fällen fanden sich reflektorische Kau- und Saugbewegungen (Dobrochansky) bei Berührung der Lippen, in 1 Fall spontane schmatzende Bewegungen, in 3 Fällen ziellose Greif- und Armbewegungen, in 1 Fall eigentümliche Mitbewegungen. Die Zunge zeigte in $^3/_4$ der Fälle starkes Zittern und Abweichen nach rechts oder links. Bei $^1/_4$ der Fälle fanden sich Störungen der Hörfähigkeit. Fazialisstörungen kamen in 4 Fällen vor. Andauerndes Speicheln wurde in 2 Fällen beobachtet. Blasen- und Mastdarmstörungen kamen in 10 Fällen (etwa 71%) zur Beobachtung. In allen Fällen bestanden Sprachstörungen. 7mal fand sich eine typische artikulatorische Störung. In einzelnen Fällen ließen sich aphasische und paraphasische Erscheinungen nachweisen. In allen Fällen, und zwar meist schon frühzeitig, fanden sich Lese- und Schriftstörungen. Von den 14 Patienten hatten 12 (etwa 86%) Anfälle. 1 Patient hatte im Laufe des letzten Monats etwa 1000 Anfälle, am letzten Lebenstage hatte er 411 Anfälle. Manche Kranke hatten jeden Tag Anfälle, bei anderen waren regelmäßige Schwankungen der Häufigkeit zu verzeichnen. Die Anfälle an sich gleichen denen der erwachsenen Paralytiker, nur daß sie kürzere Zeit dauerten, leichterer Art waren und von sehr geringen Nachwehen begleitet waren. In manchen Fällen bestand eine auffallende Häufung der Anfälle. An manche Anfälle schlossen sich allmählich zunehmende Kontrakturen an. In einigen Fällen fanden sich vasomotorische Störungen (Zyanose, Ödeme, stärkere Nachrötung der Haut). Von trophischen Störungen und deren Folgeerscheinungen sah Verf. in einigen Fällen Dekubitus, Blasenbildung am ganzen Körper und in 1 Fall eine Spontanfraktur (Schrägfraktur des rechten Oberarms), welche in einem Anfalle zustande kam; in einem anderen Fall trat außerhalb der Anfälle eine rechtsseitige Radiusquerfraktur auf. In mehreren Fällen fanden während der Krankheit Steigerungen der Körpertemperatur statt, ohne objektiv nachweisbare Veränderungen. Das Körpergewicht war bei der Aufnahme meist sehr niedrig, dann stieg es in manchen Fällen rasch, in anderen allmählich an, um sich längere Zeit auf einer gewissen Höhe zu halten. Hin und wieder traten stärkere Schwankungen auf, namentlich im Anschluß an Anfälle. Gegen Ende der Krankheit fiel das Körpergewicht sehr rasch und tief. In allen auf ihren Zellgehalt untersuchten Fällen fand sich eine starke Pleozytose. Diese betrug in manchen Fällen bis 115 und 175, in 1 Fall sogar bis 273 Zellen. Therapeutisch wurde weder durch Salvarsan, noch durch Nuklein, noch durch Tuberkulin irgendetwas erreicht. Die Krankheit nahm ihren Fortgang und zeigte keine Tendenz zu Remissionen. Der Exitus erfolgte meist unter dem Bilde eines allgemeinen Marasmus; in 4 Fällen waren Lungenkrankheiten (Lungengangrän, Lungenentzündung) die Todesursache. Der Sektionsbefund bestätigte in allen Fällen die Diagnose der Paralyse. Die Unterschiede bei der juvenilen Paralyse gegenüber der progressiven Paralyse des Erwachsenen sind in folgendem gegeben:

1. In einer Reihe Fälle fanden sich ausgeprägte syphilitische Krankheitszeichen und im Zusammenhang damit ein Zurückbleiben oder ein Stillstand der körperlichen Entwicklung.

2. Bisweilen trat Hirnlues schon als Vorläufer der juvenilen Paralyse auf, wodurch es zu einem Rückgang oder Stillstand der geistigen Entwicklung kam. Bei der Paralyse der Erwachsenen dagegen beobachtete Verf. bis zum Ausbruch der Krankheit meist normale körperliche und geistige Entwicklung. Immerhin kommt voraufgehende Hirnlues vielleicht auch bei der Paralyse der Erwachsenen gelegentlich vor. Die Inkubationszeit dürfte unter Berücksichtigung der angeführten Fehlerquelle bei der Paralyse der Erwachsenen und der juvenilen Form wohl ziemlich die gleiche sein.

3. Während wir bei der juvenilen Paralyse gleiche Beteiligung der beiden Geschlechter finden, erkranken bei den Erwachsenen an Paralyse 2—5mal soviel Männer als Frauen, welch letzteres Verhältnis sich durch die häufigere Erwerbung der Lues von erwachsenen Männern und vielleicht auch noch durch andere begünstigende Ursachen, wie Alkoholmißbrauch, erklären läßt.

4. Das klinische Bild ist bei der juvenilen Form der Paralyse wesentlich farbloser; es fehlen Größen- und Kleinheitsideen. Verf. beobachtete größtenteils eine einfache Verblödung bei den juvenilen Paralytikern. Vielleicht dürfte dieser Unterschied gegenüber der Paralyse der Erwachsenen auf das noch unentwickelte Seelenleben bei Kindern zurückzuführen sein.

5. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der Paralyse der Erwachsenen und der juvenilen Form ergibt sich uns bei Beobachtung der Anfälle. Bei der juvenilen Form fällt uns die in manchen Fällen außerordentlich große Anzahl von Anfällen auf, die besonders häufig rasch verlaufen und leichter Natur sind. Sie haben meist rindenepileptisches Gepräge, ohne von nachfolgenden Lähmungserscheinungen begleitet zu sein. Die Anfälle der erwachsenen Paralytiker sind meist schwerer, treten weniger häufig auf und gehen gewöhnlich mit Lähmungserscheinungen einher. Bemerkenswert ist ferner das relativ häufige Vorkommen von Optikusatrophie ohne tabische Symptome und der in der Mehrzahl der Fälle positive Ausfall des Babinskischen Zeichens bei juveniler Paralyse, Erscheinungen, die wir bei der Paralyse der Erwachsenen weit seltener beobachten können.

6. Weiterhin können wir im Gegensatz zu der Paralyse der Erwachsenen bei unseren Fällen eine wesentlich größere Häufigkeit der absoluten Pupillenstarre gegenüber der reflektorischen (ähnlich wie bei der Hirnlues) feststellen.

7. Während wir bei der Paralyse der Erwachsenen öfters länger dauernde Remissionen (stationäre Paralyse) wahrnehmen, kann von solchen bei der jugendlichen Form kaum die Rede sein, entsprechend etwa der dementen Form der Paralyse der Erwachsenen.

8. Ein weitgehender Unterschied zwischen der Paralyse der Erwachsenen und der Kinder macht sich endlich hinsichtlich der Dauer geltend. Wir haben bei der jugendlichen Paralyse eine verhältnismäßig lange Dauer; sie dauert im Durchschnitt doppelt so lange wie die Dementia paralytica der Erwachsenen. Es drängt sich hier



die Frage auf, ob die längere Dauer der juvenilen Paralyse vielleicht mit der geringeren Heftigkeit der hereditären Lues in Zusammenhang gebracht werden könnte. Dagegen spricht aber die perniziöse Wirkung der Erbsyphilis auf anderen Gebieten (Absterben der Kinder, schwere Enzephalitisformen, Meningitiden, Hydrozephalien, Mikrozephalien, zahlreicher Spirochätenbefund bei abgestorbenen Früchten). Oder wird die längere Dauer der jugendlichen Form eventuell durch größere Widerstandsfähigkeit des kindlichen Organismus bedingt? Bei Beantwortung dieser Frage kommen wir zu einem geradezu gegensätzlichen Verhalten der hereditären Lues und der juvenilen Paralyse. Dort ist der Verlauf ein schwerer, hier ein leichterer. Diese Tatsache weist auf grundlegende Unterschiede beider Krankheiten; gegen erstere ist der jugendliche Organismus weniger, gegen letztere mehr widerstandsfähig. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Wilhelm Knoepfelmacher, Varizellen und Hautblutungen. (Aus dem Karolinen-Kinderspitale in Wien.) (W. m. W. 1916 Nr. 26.) Hautblutungen kommen bei Varizellen 1. als Prodromalsymptom vor, 2. als Blutungen in die Effloreszenzen, 3. als diffuse Blutungen in die Haut und Schleimhäute während oder nach Ablauf der Varizellen usw. als Folge einer Sepsis, 4. als Folge einer begleitenden oder abgelaufenen Pertussis in die Area der Varizellenbläschen, wodurch eine bisher nicht beschriebene, gutartige Form hämorrhagischer Varizellen entsteht. Grätzer.

Josef K. Friedjung, Das Selbststillen und die Ärzte. (W. kl. W. 1916 Nr. 29.) Eine energische Mahnung, das Selbststillen nicht aus nichtigen Gründen zu unterlassen. Daß dies oft geschieht, daran sind auch die Ärzte schuld, die in der Frage des Selbststillens vielfach die größten Sünden begehen. Und um der Forderung, zu der Verf. schließlich gelangen wird, jetzt schon den Boden vorzubereiten, will er gleich auch den Grund nennen: der Mehrzahl der Kollegen fehlt eine ausreichende Kenntnis der Physiologie und Pathologie der Stillung. Immer wieder genügen die gleichgültigsten Erscheinungen zur Kontraindikation. Bald ist die Milch „wässerig", bald die grünen Säuglingsstühle ein Beweis der „schlechten Milchbeschaffenheit", die Rückenschmerzen der Frau, die beim Stillen unzweckmäßig sitzt, sind ein Zeichen einer „schwachen Lunge", die Menstruation der Mutter mit dem Stillen unverträglich — kurzum, tausend irrige Meinungen werden, mit großer Sicherheit ausgesprochen, immer wieder der Anlaß der unnatürlichen Säuglingsernährung.

Verf. setzt drei Beobachtungen aus den letzten zwei Monaten als Beleg hierher:

Fall I: 30jährige gesunde Primipara, intelligent, wünscht selbst zu stillen. Kind weiblich, 3550 g, normal. Mutter hat Hohlwarzen mäßigen Grades. Acht Tage post partum sind der Hausarzt und ein erfahrener Gynäkolog darin einig, es müsse eine Amme genommen werden, da das Kind bisher nur selten mit Erfolg angelegt wurde und deshalb Kuhmilch erhalten „mußte". Hinzugezogen, traut

Verf. dem kräftigen Kinde zu, daß es diese Brust benutzen lernen wird, und gibt der Pflegerin einige technische Winke. Das Kind ist jetzt 7 Wochen alt und gedeiht gut an der Brust der Mutter ohne jede Zukost.

Fall II: Junge Sekundipara, gut entwickelte, leicht gehende Brust. Weibliches Kind, 2 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende künstlich entbunden, weil das erste Kind tot geboren worden war. Geburtsgewicht 2530 g. Verf. sieht das Kind 14 Tage post partum. Es trinkt regelmäßig Quantitäten von 20—30 g, hat nach einem Gewichtsverlust das Geburtsgewicht noch nicht erreicht. Verf. ordnet wärmesparende Vorkehrungen an und mahnt zur Geduld. Nach einer Woche wird er wieder gerufen: das Kind hat 50 g zugenommen, trinkt manchmal schon 50—60 g zu einer Mahlzeit. Der Gynäkologe, sonst ein Mann von hohen Qualitäten, hat angeraten, Zukost zu geben, da es anders nicht gehen werde. Verf. mußte diesmal deutlich werden und etwas vom „Schuster und seinem Leisten" andeuten. Seither sind fast 4 Wochen vergangen: es geht ohne Zukost gut vorwärts.

Fall III: Junge Primipara, intelligent, will stillen, ist aber sehr ängstlich. Brüste gut, etwas schwer gehend. Männliches Kind, 2800 g, normal, nimmt die Brust gut. In den ersten 2 Wochen wird Verf. wiederholt zur Entscheidung zugezogen, ob man eine Amme nehmen solle, weil die ängstliche, unerfahrene Mutter, der sonst sehr tüchtige, aber auf diesem Gebiete wenig orientierte Gynäkologe und eine ältere, wenig willige Pflegerin mit dem Ergebnis der Stillung nicht zufrieden sind. Es wird auf Verf.'s Rat eine andere Pflegerin genommen und fortgestillt. Der Knabe ist jetzt $4^1/_2$ Wochen alt und gedeiht bei der Mutterbrust vortrefflich.

Solche Beispiele ließen sich leicht vermehren. Charakteristisch ist an ihnen, daß die ruhige Sicherheit, die allerdings nur die Frucht langer Erfahrung sein kann, in solchen Fällen das Selbststillen mehr oder weniger leicht durchsetzt, in denen sonst Amme oder Flasche das bequeme Auskunftsmittel gewesen wären.

Ist es aber notwendig, daß jeder Arzt diese Erfahrungen erst mühsam sammeln oder ohne sie leichtfertige Ratschläge geben muß? Darf es denn noch weiter bei diesem Autodidaktentum bleiben? Verf. ist sich dessen wohl bewußt, daß die eigenen Erfahrungen stets die verläßlichsten Quellen unserer Entscheidungen sind. Aber einigermaßen könnte uns doch wohl die Schule vorbereiten und ausrüsten für unseren verantwortungsvollen Beruf auch auf dem Gebiete der Stillung. Verf. kommt also zu dem Schlusse, daß es zum Lehrgang des angehenden Arztes gehöre, über die mannigfachen Schwierigkeiten bei der Einleitung des Selbststillens, soweit sie an der Mutter, soweit sie am Kinde liegen, über den physiologischen Ablauf dieser Beziehung, über ihre krankhaften Störungen ausreichend unterrichtet zu werden, wo es angeht, an lebenden Objekten. Da die Ordinarien mit Arbeit überlastet sind, wäre einem besonderen Lehrer, der mit diesen Fragen gründlich vertraut ist, ein Lehrauftrag dieses Inhalts zu erteilen. Da es sich hier um ein Grenzgebiet handelt, könnte ein Zweifel entstehen, ob der Frauen- oder der Kinderarzt für diese Aufgabe geeigneter sei. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß die Kinderärzte diesem Problem das größere Interesse entgegenbringen, und die wissenschaftlichen Arbeiten über diesen Gegenstand stammen zumeist von ihnen. Für die älteren Ärzte aber wären Fortbildungskurse über dieses Kapitel einzurichten, zweckmäßig abgefaßte Merkblätter zu versenden, auf amtsärztlichen Tagungen Vorträge zu veranstalten, um dem Selbststillen möglichst viele nicht bloß überzeugte, sondern auch unterrichtete Förderer zu werben. Grätzer.

C. Wegelin, Über die Ossifikationsstörungen beim endemischen Kretinismus und Kropf. (Aus dem Pathologischen Institut Bern.) (Schweiz. Corr.-Bl. 1916 Nr. 20.) Die Ossifikationsstörungen, Persistenz der Knorpelfugen über das Wachstumsalter hinaus und ungenügende Ausbildung der primitiven knorpelabsorbierenden Markräume, sind denen bei der spontanen und operativen Athyreosis konform. Dies beim endemischen Kretinismus. Auch beim Kropf sind leichte Ossifikationsstörungen vorhanden. Sie treten bereits in der Fötalperiode auf und zeigen sich beim Neugeborenen in einem Mangel des Knochenkerns an der unteren Femurepiphyse. Auch hier ist Hypothyreosis maßgebend für die Hemmung der Knochenbildung.

Ein Versuch in größerem Maßstabe mit einer spezifischen Behandlung ist bei allen Wachstumsstörungen in endemischen Kropfgebieten geboten. Grätzer.

C. Lévaditi und **J. Pignot,** La neuronophagie dans la poliomyélite. (Annales de l'Institut Pasteur. 28. 1914. Nr. 5. p. 509.) Die Verff. fanden bei der experimentellen Affenpoliomyelitis eine Phagozytose der oxyphilen Granulationen der Nervenzellen der Spinalganglien durch die Polynukleären und die Makrophagen, welche das Protoplasma dieser Zellen überschwemmen. Es ergab sich, daß bei der Zerstörung der Nervenzelle im Niveau der Spinalganglien bei dem poliomyelitisch affizierten Affen die echte Neuronophagie aktiv in Erscheinung tritt. Findet man zahlreiche oxyphile Körnchen in den Phagozyten, welche das Zytoplasma des Neurons in Mitleidenschaft ziehen, so kann man sagen, daß diese Körnchen aus diesem Zytoplasma abstammen und von den Phagozyten verschlungen werden. Es liegt also tatsächlich echte Neuronophagie vor. An diesem Zerstörungswerke sind in erster Linie die Mononukleären des Blutes, erst in zweiter Linie die Trabantenzellen beteiligt. Kurt Boas.

C. A. Kling et **C. Lévaditi,** Études sur la poliomyélite aigue epidémique. (Comptes rendus de la Société de Biologie. LXXXIV. 1914. p. 316.) Die Verff. fanden:

1. Der Mensch ist die einzige Quelle der Infektion, da er allein imstande ist, den Erreger zu beherbergen.
2. Das Serum immuner Menschen ist allein imstande, das Virus abzutöten, so daß diese Immunität als humorale aufzufassen ist.

Kurt Boas.

A. Gordon, Internal pachymeningitis in young children. (New York med. Journal. 11. April 1914.) Verf. berichtet über zwei Fälle von Pachymeningitis interna im Kindesalter:

Fall I betrifft einen 13 Monate alten Knaben, der an linksseitigen Krämpfen litt. Das Lumbalpunktat war von klarer, seröser Beschaffenheit. Die Operation ergab eine meningeale Zyste, die eröffnet wurde. Danach trat eine vorübergehende Besserung ein, bis nach mehreren Wochen doch Exitus erfolgte.

Fall II betraf einen 5jährigen Knaben, der seit einem Jahre an Krämpfen und Kopfschmerzen litt. Der Liquordruck war stark ver-

mehrt, im übrigen war der Liquor jedoch von normaler Beschaffenheit. Exitus.

Die Sektion ergab eine zirkumskripte Pachymeningitis der linken Regio parieto-occipitalis. Kurt Boas.

D. Roy, Partial paralysis of the palate following the removal of tonsilles and adenoids. (Laryngoscope. June 1915.) Die teilweise Lähmung des weichen Gaumens ist offenbar die Folge der Entfernung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen, die nach Ansicht des Verf.s viel zu häufig und allzu gründlich ausgeführt wird. Kurt Boas.

W. Milligan, Cerebellarabscess; operation; recovery. (Proceedings of the Royal Society of Medicine. London 1914.) Verf. berichtet über folgenden Fall:

15jähriger Junge. 1909 Eiterung beider Ohren. Rechts Radikaloperation, links Lokalbehandlung. Wieder aufgenommen 1913. Rechtes Ohr vollkommen gesund. Die antrotympanische Höhle war vollkommen epidermisiert. Seit den letzten 3 Wochen Klagen über heftige Kopfschmerzen, besonders in der Stirnhirngegend. Patient fühlte sich krank, hatte aber kein Erbrechen außer einen Tag vor der Wiederaufnahme. Patient war sehr verstopft. Patient machte einen sehr verständigen Eindruck, jedoch waren die Gehirnfunktionen etwas verlangsamt. Temperatur 98,2° Fahrenheit, Puls 66, Atemfrequenz 18. Keine Lähmung. Kniesehnenreflexe gleichmäßig gesteigert. Kein Babinski. Ausgesprochene Ataxie. Dysdiadochokenesis vorhanden. Pupillen gleich und erweitert. Neuritis optici (?). Nystagmus beim Blick nach links (assoziierte Seite). Linker Gehörgang gefüllt mit dichtem polypösen Gewebe und Eiter. Eine genaue Labyrinthuntersuchung war deshalb nicht möglich.

Diagnose: Linksseitiger Kleinhirnabszeß.

Vor der Operation wurde viermal Liquor cerebrospinalis entnommen. Derselbe war klar und unter Druck.

Operation: Radikale Warzenfortsatzeröffnung. Eröffnung durch die hintere Wand des Zentrums. Eröffnung und Inzision der Dura. Entleerung eines Abszesses, der etwas mehr als $^1/_2$ Unze Eiter enthielt. Dränage.

Die bakteriologische Untersuchung des entleerten Eiters ergab in der Hauptsache eine reine Streptokokkeninfektion. Daneben fanden sich einige wenige Staphylokokken.

Es trat vollständige Heilung ein. Kurt Boas.

E. L. Ross, Metabolism in dementia praecox. (Arch. of internal Medicine. June 1914.) Verf. stellte genaue Stoffwechseluntersuchungen in 3 Fällen von chronischer Hebephrenie und 2 Fällen von akuter Katatonie an. Sämtliche Patienten hatten eine normale Stickstoff-, Kalzium- und Magnesiumausscheidung. Es fand sich lediglich eine Störung der Schwefelausscheidung, die in den beiden letzten Fällen erheblicher war als in den drei ersten. Kurt Boas.

J. F. Munson und **A. L. Shaw,** The pituitary gland in epileptics. (Arch. of internal medicine. 14. 1914. No. 3.) Bei Epileptikern ist die Hypophysis meist kleiner als im Durchschnitt.



Seltener kommen Vergrößerungen derselben vor. Die Struktur war kaum nennenswert verändert. Dagegen fand sich häufig eine Vergrößerung der Sella turcica und Kleinheit der Schilddrüse.

Alles in allem lehnen die Verff. die Annahme, daß es sich bei der Epilepsie um eine Hypofunktion der Hypophysis handle, als bisher nicht erwiesen ab. Kurt Boas.

H. Climenko, Dystonia musculorum deformans; with report of a case. (Med. Record. December 12. 1914.) Verf. berichtet über einen einschlägigen Fall, der, wie alle Beobachtungen dieser Art, eine 11 jährige russische Jüdin betraf. Die Symptomatologie des Falles, die durch 5 Abbildungen illustriert ist, entsprach im großen und ganzen der von Oppenheim gegebenen Schilderung des Krankheitsbildes. Was die Auffassung der Krankheit betrifft, so entscheidet sich Verf. für eine organische Grundlage des Leidens und führt die Fränkelsche und Oppenheimsche Theorie an, ohne sich für eine der beiden absolut zu entscheiden. Verf. akzeptiert Oppenheims Bezeichnung Dystonia musculorum deformans und macht noch besonders darauf aufmerksam, daß die Erkrankung keinesfalls neuartig ist, sondern früher unter der Flagge der alles umfassenden Hysterie gesegelt ist. Sektionsbefunde würden nach dieser Richtung hin von großem Werte sein. Kurt Boas.

Fridtjof Bang (Däne), Icterus neonatorum. (Aus der Entbindungsabteilung B des Reichshospitals.) (Hospitalstidende 1915. No. 26.) Bei allen neugeborenen Kindern zeigen Blutproben aus der Haut in den ersten Stunden nach der Geburt eine starke Steigerung der Zahl der roten Blutkörperchen, was von der Stauung in den Hautkapillaren und mangelhafter Regulation der Wasserabgabe herrührt. In den folgenden Tagen sinkt das Hämoglobinprozent wieder langsam gegen normale Verhältnisse, indem das Kind sich dem extrauterinen Leben anpaßt. Durch die Gmelin-Sundische Gallenfarbstoffbestimmung fand der Verf., daß alle Kinder mit vermehrtem Gallenfarbstoff im Blut geboren werden, und in den ersten Stunden nach der Geburt tritt eine weitere Vermehrung des Gallenfarbstoffes des Blutes ein und dann ein langsamer Fall. Da dieser Zustand bei allen Kindern gefunden wird, muß er physiologisch sein. Sein Verlauf stimmt mit den nachgewiesenen Schwankungen der Hämoglobinmenge überein. Die starke Steigerung unmittelbar nach der Geburt kann möglicherweise erklärt werden als eine Folge davon, daß die Fähigkeit des Herzens, sich den neuen Verhältnissen anzupassen, anfangs ausbleibt. Dadurch entsteht Stauung in der Leber, was sich bei dem Kinde durch größeren Ausschlag rücksichtlich der Gallenstoffmenge des Blutes als bei Erwachsenen gibt, da die Leber des Kindes im Verhältnis zum Lebensgewicht und zur Blutmenge sehr groß ist. Es ist möglich, daß man außerdem, um die große Gallenfarbstoffmenge des Blutes der Neugeborenen zu erklären, seine Zuflucht nehmen muß zu der von Arvo Ylppö aufgestellten Lehre über Dysfunktion der Leber wegen mangelhafter Entwicklung des Leberparenchyms. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Therapeutische Notizen.[1])

Therapie der Diphtherie. Von Seidel. Nach einem Überblick über die Resultate der experimentellen Diphtherieforschung, nach welchem 1. möglichst frühzeitig zu injizieren, 2. hohe Dosen anzuwenden, 3. intravenöse Injektion gleichzeitig mit intramuskulärer zu verbinden ist, berichtet er über seine an der Diphtheriestation der medizinischen Klinik zu Jena gemachten Erfahrungen, und zwar: 1. Über die Resultate der Frühinjektion. Wenn bis zum 3. Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen (nicht gemeint ist der Belag, sondern die ersten Krankheitserscheinungen überhaupt) injiziert wurde, blieben alle Patienten am Leben, nach dem 3. Tage Injizierte starben alle. 2. Wird auf Grund seiner günstigen Resultate das kombinierte Verfahren empfohlen (gleichzeitige intravenöse und intramuskuläre Injektion zu gleichen Teilen) und an der Hand einer Tabelle und Fieberkurven über die behandelten Fälle erläutert. Bei dem kombinierten Verfahren sank das Fieber im Gegensatz zu der alleinigen intramuskulären oder subkutanen Injektion fast stets am Tage der Injektion zur Norm ab. Ebenso heilten die Beläge schneller. Die subkutane Injektion ist zu verwerfen, da das Maximum der Resorption in der Blutbahn erst nach 70 Stunden erreicht wird. 3. Empfiehlt Verf., stets die tiefe Tracheotomie auszuführen, da bei der hohen wegen der unmittelbaren Nähe der Glottis leicht Glottisschwellung durch Infiltration und damit Absperrung eines wichtigen Reserveluftweges eintreten kann, auch das Dekanülement aus diesem Grunde später erschwert sein kann. Um beim Aushusten der Kanüle das Finden der Trachealspalte auch für das Pflegepersonal leicht zu machen, legt Verf. gleich bei der Tracheotomie rechts und links vom Schnitt einen Fadenzügel durch die Trachea, der bis zum Dekanülement liegen bleibt und an dem die Trachea leicht vorgezogen und der Tracheotomiespalt gespreizt werden kann.

Diskussion. Reichmann hebt die frappierende Wirkung der intravenösen Injektion hervor und die Tatsache, daß seit Anwendung der durch Seidel vorgeschlagenen kombinierten Methode (bisher $^3/_4$ Jahr) kein Todesfall mehr vorkam. — Zange weist noch besonders auf die Möglichkeit lang anhaltender subglottischer Schwellung bei der hohen Tracheotomie in Analogie mit der bedrohlichen subglottischen Schwellung nach Autoskopie kindlicher Kehlköpfe hin. Das kommt für manche Fälle von erschwertem Dekanülement sicher in Betracht, und auch darum sei die tiefe Tracheotomie stets zu empfehlen.

(Mediz.-naturwiss. Gesellsch. zu Jena, 3. Juni 1915.)

Eine kräftig wirkende Halspastille. Von San.-Rat Dr. Collischonn (Mainz-Mombach). Aus vielen Versuchen ergab sich als zweckmäßigste Zusammensetzung:

Anästhesin	0,03
Phenacetin	0,08
Thymol, Menthol, Oleum Eucalypti aa	0,0015
Gi. arab.	q. s.

Nach diesem Rezept hergestellte Pastillen sind dauernd haltbar und nicht wasserziehend. Unter dem Namen Thyangol werden solche Pastillen jetzt von der Firma Dr. Teile & Co. in Mainz fabrikmäßig hergestellt. Man lutscht die Pastille am besten leicht an, pappt sie mit der Zunge hinten an den Gaumen und läßt sie dort von selbst zergehen; das geht sogar ganz gut im Schlafe. Kleine Kinder, sobald sie das Lutschen verstehen, nehmen die Pastillen meist gern, wenn sie sich an den etwas scharfen Geschmack gewöhnt haben, gewöhnlich nach 1—2 Pastillen. Seit etwa 6 Jahren verwendet Verf. diese Pastillen in ausgedehntem Maße mit recht gutem Erfolge, namentlich auch als unterstützendes Mittel bei Diphtherie. Stündlich benutzt man etwa ein Stück. Erleichterung der Beschwerden tritt rasch ein. (M. Kl. 1915 Nr. 30).

Unsere Therapie der kongenitalen Lues. Von F. Hell. (Aus der Königl. Univ.-Klinik für Hautkrankheiten in Kiel.) Möglichst früher Beginn der Behandlung, evtl. schon am Ende der 1. Lebenswoche. Hauptmittel noch immer das Quecksilber. Bei stärker zerfallenen oder vegetierenden Hauterscheinungen als graue Salbe oder Unnasches Quecksilberpflaster. Als Allgemeinkur zunächst

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.

Einreibungskur: 0,3—0,5 Ung. ciner. täglich; am 7. Tage immer Vollbad. So 4—6 Wochen. Bei etwas älteren Kindern auch Injektionen (auch als Fortsetzung der Inunktionen): Sublimat 2mal wöchentlich 0,003—0,005 (Sublimat 1,0, Natr. chlorat. 10,0 Aq. dest. ad 100,0). Stets Quecksilberkur kombiniert mit Salvarsan, und zwar immer zuerst jene, dann letzteres. Wenn nicht die intravenöse Injektion in die oft ausgezeichnet hervortretenden Schläfenvenen gewählt wird: Neosalvarsan 0,005—0,15 wöchentlich 1mal intraglutäal, im ganzen 4—6 Injektionen. Dauer der ganzen Kur also 2—3 Monate. Nach einigen Monaten zweite ähnliche Kur, evtl. weitere. (Dermat. Wschr. 1915 Nr. 33.)

* **Zur Heißlufttherapie in der Gynäkologie.** Von Prof. Dr. Walther in Gießen. Da es zu einer reichlicheren Durchblutung der Gewebe kommt, möchte Verf. vor allem davor warnen, bei Affektionen, die zu Blutungen neigen, die Heizung anzuwenden. Gerade bei solchen Fällen, bei denen man nach der Anwendung der Heizung später eine Operation anschließen muß, kann man sich von der starken Hyperämie und der Gefahr der Blutung überzeugen. Also nicht z. B. bei Myomen, Endometritiden sowie zervikalen Affektionen (blutendes Ectropium, Erosion) mit Neigung zu Blutungen, ganz allgemein ausgedrückt, auch nicht kurze Zeit vor Operationen. Ebenso dürfen alle frischen Tubenerkrankungen, bei denen Verdacht auf Tubenschwangerschaft, auch auf abgelaufene (also Tubenabort und seine Folgezustände), ebenso auf Hämatombildung oder Haematocele vorhanden, niemals zur Heizungstherapie herangezogen werden. Mit Rücksicht auf die Blutdrucksteigerung und reichlichere Durchblutung der Gefäße hält Verf. bei schweren Herzerkrankungen sowie Lungenerkrankungen, die mit Stauung im Lungenkreislauf einhergehen, die Heizung für ebenso gefährlich. Eine allenthalben anerkannte Kontraindikation ist die Anwesenheit akuter Adnexaffektionen, z. B. Pyosalpinx, ebenso akuter Endometritis und Metritis, einerlei, ob auf gonorrhoischer oder anderer Infektion beruhend. Auch bei subakuten entzündlichen Zuständen, z. B. Perimetritis, Salpingitis, sofern sie noch mit Fieber einhergehen, würde Verf. die Heißlufttherapie nicht wagen, ebenso niemals bei ganz frischen parametritischen oder perimetritischen Exsudaten im subakuten, noch fieberhaften Stadium. Nachgewiesene Tuberkulose der Unterleibsorgane (Uterus, Tuben, ebenso Darm und Peritoneum), besonders eitrige Sactosalpinx, geben ebenfalls eine Kontraindikation ab. Selbstverständlich sind Neubildungen als solche ausgeschlossen. Es ergibt sich aber sozusagen als oberste Indikation zur Anwendung: die chronische Para- und Perimetritis mit allen ihren Folgezuständen; in erster Linie sind es die exsudativen Prozesse, die nicht mehr mit Fieber, wohl aber mit Schmerzen, Verlagerungen, Verzerrungen, auch mit sekundären Verdauungsstörungen einhergehen, außerdem die Schwarten- und Strangbildungen, die so häufig unter dem Bilde der „Unterleibsentzündung“ in Erscheinung treten. Hand in Hand damit gehen die Verlagerungen des Uterus, gerade die komplizierten Retrodeviationen (Retroversio und Retroflexio fixata). Unter den Hunderten von Fällen, die Verf. der Heizung unterzogen hat, waren gerade diese die dankbarsten. Weiter kommen in Betracht: Adnexerkrankungen: 1. soweit sie nicht akuter Art sind und nicht mit Fieber einhergehen, 2. sofern keine Pyosalpinx besteht, entweder mit (also bei Retrodeviation) oder ohne Verlagerung des Uterus, jedenfalls ein dankbares Feld für die Heizungstherapie. Hier ist der Erfolg um so wichtiger, als durch die Heizung die langwierige, nicht ungefährliche (aufsteigende Infektion!) Tamponbehandlung, wie sie leider immer noch in der Sprechstunde ausgeführt wird, entbehrlich gemacht oder wenigstens eingeschränkt wird. Allerdings werden die Adnextumoren (richtiger gesagt: Pseudotumoren) als solche weniger beeinflußt als Exsudate und Stränge; immerhin, sie werden beweglicher, freier, die subjektiven Beschwerden verschwinden, und falls sich eine Operation nötig erweist, läßt sie sich, wie ich in einer ganzen Reihe von Fällen beobachten konnte, rascher und glatter durchführen. Von den gonorrhoischen Affektionen eignen sich die akuten Fälle niemals, wohl aber die veralteten Fälle ohne Pyosalpinxbildung sehr gut zur Heiztherapie. Nicht nur Salpingitiden, auch Oophoritiden mit ihren Folgezuständen hat Verf. der Heizung mit sichtlichem Erfolg unterzogen. Hier sind es nicht nur die mit Schmerzhaftigkeit (sowohl subjektive als auch recht oft objektive nachweisbare Schmerzen) einhergehenden Affektionen, sondern auch solche mit Funktionsstörungen der Ovarien. Aus diesem Grunde hat Verf. Fälle von Amenorrhoe bei chronischer Para- und Perimetritis sowie Oophoritis chronica der Heizung unterzogen und eklatante Erfolge gesehen. Gleich

günstige Wirkung sah Verf. in sehr vielen Fällen bei Dysmenorrhoe, die durchaus nicht immer auf einer (vielleicht zu häufig noch diagnostizierten) Verengung des Muttermundes als vielmehr auf Funktionsstörung der Ovarien beruht. In einer ganzen Reihe von Fällen trat bei jungen Mädchen, die stets an spastischer Dysmenorrhoe litten, im Anschluß an die Heizungen „unbemerkt" die Periode ein. Noch eine weitere Indikation möchte Verf. nicht unerwähnt lassen, die ihm der Beachtung wert erscheint: chronische Blasenstörungen. Bekanntlich finden wir bei Retrodeviation sowie Prolaps bzw. Descensus nicht selten Stauungskatarrhe, die sich der arzneilichen Therapie gegenüber als sehr hartnäckig erweisen. Hier sah Verf. in sehr vielen Fällen rasche Besserung der subjektiven Beschwerden, auch bei der sogen. „reizbaren Blase". Auch hier konnte Verf. die auch von anderer Seite beobachtete schmerzstillende Wirkung stets beobachten. Zu den chronischen peritonitischen Veränderungen, die ja auch in das Schaffensgebiet der Gynäkologen fallen, gehören schließlich chronische Appendizitisfälle; während Verf. für Appendizitis als solche die Heizung niemals wagen würde, bei chronischer Appendizitis nur bei absolut sicherem Ausschluß von Eiter sie versuchen würde, hat er bei solchen Fällen, die nach ausgeführter Appendektomie (Narbenbeschwerden) noch heftige Beschwerden hatten, mit der Heizung gute Erfolge gesehen. Ist die Indikationsstellung für die Heizungstherapie nach diesen Erwägungen an sich klar, so ergeben sich für den Einzelfall doch Postulate, die unbedingt berücksichtigt werden müssen:

1. Exakte Diagnose (klinische wie anatomische) des Einzelfalles.
2. Klinische Behandlung im Krankenhause — niemals ambulante.
3. Behandlung durch den Arzt bzw. durch eine sachverständige Person unter Aufsicht bzw. der Verantwortung des Arztes.
4. Sicherer Ausschluß von Komplikationen (Fieber, Pyosalpinx und Eitersack, Bluterguß u. a.), Blutungen oder Neigung dazu.

Daß also die Fälle zur Heizung sozusagen „ausgesucht" werden müssen, unterliegt ja keinem Zweifel; ohne scharfe Diagnose, welche allein (kombinierte Untersuchung, evtl. in Narkose!) Komplikationen (Pyosalpinx, Eitersackbildung, wachsender Tumor) auszuschließen vermag, sollte die Entscheidung zur Heizungstherapie niemals getroffen werden. Gerade auf diesen Punkt hat Verf. bei den vielen hundert Fällen geachtet und dadurch niemals einen Nachteil von der Heizung gesehen. Bezüglich der Technik möchte Verf. sich kurz fassen, da die Apparate zur Heizung allbekannt sind. Er legt auf ein bestimmtes Modell keinen Wert — ihm hat z. B. der Polano-Klappsche Apparat (Firma Holzhauer-Marburg) vortreffliche Dienste getan; neuerdings geht er zum elektrischen Lichtbogen über, um im Bett selbst die Heizungen auszuführen. (D. m. W. 1915 Nr. 31.)

* **Semori-Tabletten bei Scheidenkatarrhen** (gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen) hat Dr. Mayer (Düsseldorf) mit gutem Erfolge benutzt. Die Tabletten, hauptsächlich aus dem Chinosolkörper und Acid. boric. bestehend, haben eine stark bakterizide Wirkung auf Streptokokken und Gonokokken, und da sie eine starke Schaumbildung hervorrufen, macht diese sich auch auf allen Falten der Schleimhaut geltend. (Fortschr. d. M. 1915 Nr. 52.)

* **Erfolge der Mesothoriumbehandlung bei 100 Uteruskarzinomen.** Von K. Baisch. (Aus der städtischen Frauenklinik Stuttgart.)

1. Bei völlig inoperablen Fällen versagt auch in der Regel die Mesothorium- und Radiumbehandlung; sie stellt aber die beste palliative Therapie dar.
2. Die bei operablen Fällen mit Mesothorium und Radium erzielten vorläufigen Heilungen übertreffen bisher die durch Operation in derselben Beobachtungszeit erreichbaren Resultate.
3. Operable Fälle geben für die Mesothorium- und Radiumbehandlung eine um so günstigere Prognose, je weniger weit das Karzinom vorgeschritten ist.

(M. m. W. 1915 Nr. 49.)

* **Levurinose in der Frauenpraxis.** Von Dr. J. Trebing. (I. Assist. d. Prof. v. Bardelebenschen Poliklinik in Berlin.) Auch Verf. ist mit der Behandlung des weißen Flusses mit Levurinose-Blaes sehr zufrieden gewesen. Behandelt wurden Entzündungen der Portio, Erosionen, entzündliche Katarrhe der Scheideschleimhaut, leichte Endometritiden und Entzündungen der Vulva. Auch Verf. beschränkte sich lediglich auf diejenigen Fälle, bei denen keine Komplikationen durch andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane bestanden, ob-

gleich bei diesen ein symptomatischer Erfolg durch Levurinose in Gestalt einer Besserung und Verringerung des Ausflusses wohl denkbar wäre. Die Anwendungsform ist sehr einfach. Im Milchglasspekulum wurde erst die Cervix mit einer mit Watte umwickelten Plaifairsonde sauber gereinigt, hierauf mit einem Wattetampon eine gründliche Reinigung der Scheidenschleimhaut vorgenommen, dann wird ca. 1 Teelöffel Levurinose in das Spekulum geschüttet und durch einen Tampon fixiert. Am Abend, d. h. meistens nach 8—9 Stunden, läßt man den Tampon durch die Pat. entfernen und eine Spülung mit Kamillen, bei stärkerem eitrigen Ausfluß anstatt der Kamillenspülung eine Irrigation mit Zinc. chlor. und Aq. dest. zu gleichen Teilen ca. 1 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser, vornehmen. Bei leichten Katarrhen genügt eine Applikation der Levurinose jeden zweiten Tag; bei hartnäckigen und langwierigen Entzündungen wird sie täglich vorgenommen. Auch Verf. konnte den überaus günstigen Einfluß der inneren Darreichung von Levurinose (3mal täglich 1 Eßlöffel vor dem Essen) bei jungen Mädchen von 15—18 Jahren, welche an Gesicht, Stirn, Brust und Rücken an zahlreichen Hautunreinigkeiten, Akne im Zusammenhang mit Menstruationsbeschwerden litten, feststellen. Schon nach wenigen Tagen begann ein großer Teil der Akneknötchen zu verschwinden, und nach 4—5 Wochen zeigte in den meisten Fällen die Haut ein glattes und frisches Aussehen, der Appetit nahm zu, Verdauung und Stuhlgang wurden geregelt, und viele Pat. nahmen an Gewicht zu. Daß Verf. bei vielen Frauen mit chronischer Obstipation durch innerliche Darreichung von Levurinose eine glatte und regelmäßige Stuhlentleerung erzielte, sei nur nebenbei bemerkt. (Zbl. f. Gynäk. 1915 Nr. 49.)

* **Erfahrungen mit Wasserstoffsuperoxyd bei Laparotomien.** Von Dr. Karl Bollag. (Aus dem Frauenspital Basel-Stadt.) 70 Fälle wurden so behandelt. Eine große Anzahl von Laparotomien wegen eitriger Adnextumoren, Uteruskarzinom, Myom mit Pyometra, Affektionen der inneren Genitalien bei Residuen von Gonorrhoe oder Tuberkulose heilten so ohne Anzeichen von postoperativer Peritonitis. Wir besitzen also im Wasserstoffsuperoxyd — es wurde Perhydrol angewandt — ein anscheinend wirksames Mittel, um letztere bei infizierten Fällen zu verhüten, allerdings kein sicheres Mittel; jedenfalls scheint es mehr zu leisten, als die bisherigen Methoden, z. B. die Kampferölung. (M. m. W. 1915 Nr. 31.)

Zur konservativen Behandlung großer Leistenbrüche des Säuglingsalters. Von Prof. Dr. Göppert (Göttingen). Operation käme in zwei Fällen in Frage: bei Einklemmung und bei solcher Erweiterung der Bruchpforte, daß Bruchbänder nicht mehr halten. Die Fälle mit Einklemmung bieten nach Reposition die besten Aussichten für spontane Dauerheilung, und ist die Reposition möglich, so wird die Operation überflüssig. Im zweiten Falle aber gelingt es leicht, durch 2mal tägliche Anlegung eines Verbandes Hilfe zu bringen. Es ist der gewöhnliche Dammverband mit auf dem Perineum sich kreuzenden Touren. Es empfiehlt sich, nur einigemal statt der regelmäßigen Tour, d. h. z. B. von der rechten Beckenseite, zwischen Skrotum und rechtem Schenkel zum Damme, die Binde von der rechten Beckenhälfte, oberhalb des Penis zwischen linkem Schenkel und Skrotum um den linken Schenkel herum zur linken vorderen Beckenseite zu führen. Nach wenigen Tagen ist oft die Bruchpforte schon so verkleinert, daß gewöhnliche Bruchbandbehandlung genügt. (Ther. Mhf., Sept. 1915.)

* **Über Terpacid und Terpacidpräparate.** Von I. Schlesinger, Spezialarzt für innere Krankheiten in Berlin. Terpacid[1]) bildet eine helle, leichtbewegliche Flüssigkeit von kampferähnlichem Geruch und ist mit den meisten organischen Lösungsmitteln fast in jedem Verhältnis mischbar. Die Anwendung des Terpacids kann in unverdünntem Zustande (100%ig) oder als Lösung in Olivenöl, Vaseline, Alkohol geschehen, ferner als Terpacidbad.

Als übliche Dosierung seien folgende Rezeptformeln angegeben:

Terpacid. 40,0
Ol. Olivar. 60,0
D.S. zur Einreibung.

Terpacid. 20,0
Vaselin. flav. 80,0
D.S. zur Einreibung.

Terpacid. 10,0—20,0
Spirit. ad. 100,0
D.S. zur Einreibung.

Terpacidbad
S. Originalflasche (für 2 und 6 Bäder).

---

[1]) Die Terpacidpräparate werden von dem Chemischen Laboratorium Dr. Kurt Rülke, Charlottenburg, in den Handel gebracht.

Verf. kann zusammenfassend das Terpacid als ein durchaus brauchbares und zuverlässiges Mittel empfehlen, welches bei rheumatischen Affektionen, Gicht, Neuralgien usw. von günstiger Wirkung ist. Die Vorzüge, welche das Terpacid bietet, sind folgende:

1. Terpacid kann 100%ig eingerieben werden, weil es bei gewöhnlicher Temperatur flüssig ist und die Haut sehr wenig reizt, eine Eigenschaft, die besonders für die Fälle wertvoll ist, in welchen nicht-fettende Einreibungen erwünscht sind.

2. Terpacid ist mit Ölen und Alkohol in jedem Verhältnis mischbar, so daß sehr hochprozentige Lösungen hergestellt werden können.

3. Terpacid glättet auch in alkoholischer Lösung die Haut in angenehmer Weise (im Gegensatz zu den spirituösen Lösungen des Kampfers).

4. Die Verdünnung des Terpacids kann bequem vom Pat. selbst vorgenommen werden, wodurch sich eine erhebliche Verbilligung bei der Anwendung ergibt.

Da der ziemlich intensive kampferartige Geruch des reinen Terpacids einzelnen empfindlichen Patienten vielleicht nicht angenehm erscheint, empfiehlt es sich, in erster Linie die parfümierte alkoholische Lösung, welche als Terpacidgeist in den Handel kommt, in Anwendung zu bringen.

(Klin. ther. Wschr. 1914 Nr. 48/49.)

Über Stoffe, die das Bindegewebe zum Wachstum anregen. Von Priv.-Doz. Dr. F. Rost. (Chirurg. Klinik Heidelberg.) Auf Verf.'s Veranlassung hat die Firma Knoll & Co. ein „granulierendes Wundöl" hergestellt, das den Zweck hat, überall dort, wo wir Substanzverluste bindegewebig ausfüllen wollen, das Granulationsgewebe zum Wachstum anzuregen. Es wird beim Verbandwechsel in die Wunde, alle Taschen und Buchten hineingegossen und bewirkt überraschend schnellen Wundverschluß, straffe Granulationen, rasche Überhäutung, wie 2jährige Erfahrungen zeigen. — Dies bestätigt auch K. Kolb (Vereinslazarett Schweningen a. N.), der schreibt: „Wenn man in eine frische Wunde mit stark zerfetzter Wundfläche einige Tropfen dieses Wundöles einbringt und beim Verbandwechsel sich ständig desselben weiter bedient, so fällt schon nach einigen Tagen auf, daß sich die Buchten und der Grund der Wunde rasch mit äußerst kräftigen und straffen Granulationen überziehen, die bald die ganze Wunde ausfüllen. Bei der ersten Anwendung dieses Öles ist man geradezu erstaunt, wie rasch sich diese kräftigen Granulationen einstellen. Die Überhäutung dieser Granulationen geht in normaler Weise vonstatten. Ich habe diese Beobachtung bei meinen verwundeten Soldaten sehr oft gemacht und habe mich dieses Präparates mit besonderer Vorliebe bei stark zerklüfteten Wunden bedient. Aber nicht nur bei sauberen, frischen Wunden, sondern auch bei stark eiternden oder mit eitrigen Borken belegten Wunden ist der Einfluß, den dieses Öl auf die Wundheilung ausübt, gut. Die eitrige Sekretion nimmt im Verlaufe einiger Tage ständig ab, und bald zeigen sich schon kräftige Granulationen an einzelnen Stellen der Wundfläche, die bald den ganzen Wundboden bedecken. Die Granulationen, die dieses Präparat hervorruft, sind besonders kräftig und straff. Man sieht bei richtiger Anwendung des Öles, d. h. es muß die ganze Wundfläche benetzt haben, keine schlaffen Granulationen, die mit Argentum geätzt werden müßten. Die Epithelialisierung der Granulationen verläuft wie bei der gewöhnlichen, unbeeinflußten Wundheilung. Besonders auffällig war für mich die Wirkung dieses Öles auf die Wundheilung, als ich nach Eintreffen eines neuen Verwundetentransportes die Verwundeten des Stadtkrankenhauses damit behandelte, während ich es von den Verwundeten der Gartenschule fernhielt. Die Wunden der Insassen des Stadtkrankenhauses waren auffallend rasch gereinigt und geheilt. Bei den Verwundeten der Gartenschule sah ich vielfach schlaffe Granulationsbildungen, die mit Argentum behandelt werden mußten. Die Narben der mit diesem Wundöl behandelten Wunden sind meist sehr kräftig und breit und machen vorübergehend oft einen keloidartigen Eindruck. Doch habe ich eine ausgesprochene Keloidbildung nicht beobachten können." (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 25.)

*** Über die Kombination von Digitalis und Morphium bei Herzkrankheiten.** Hilfrich (Berlin) berichtet über ein neues Präparat Digimorval, in dem Digitalis mit Morphium und Baldrian vereinigt ist. Jede Tablette des Digimorvals enthält 0,05 Digit. pulv. titrat., 0,005 Morph. hydrochlor. und 3 Tropfen Menthol. valerianat. Verf. hat das neue Mittel bereits in einer Anzahl von Fällen angewandt, besonders

bei solchen mit heftigeren Beschwerden, Angina pectoris, und ist mit der Wirkung sehr zufrieden, wie auch aus den beigegebenen Krankengeschichten — alte Mitralinsuffizienz mit häufigen Angina-pectoris-Anfällen, hochgradige Arteriosklerose und Myodegeneration und Arteriosklerose und Aortenaneurysma mit erheblicher Herzschwäche und quälenden Anfällen — die gute Wirksamkeit und Bekömmlichkeit des Digimorvals ersichtlich ist.

(Hamburg. med. Überseehefte I Nr. 13. — M. m. W. 1915 Nr. 9.)

* **Valamin bei Herzkranken.** Von Dr. B. Lewinsohn, Chefarzt des Sanatoriums Altheide i. Schles. Vor allem hat Verf. die reinen Herzneurosen zum Gegenstand seiner Untersuchung gemacht und hierbei beobachtet, daß sich eine Herabsetzung der Erregbarkeit des gesamten Nervensystems im allgemeinen, der Herznerven im besonderen, erkennen läßt mit dem häufigen Ergebnis der Kupierung der Palpitationsanfälle und der diese begleitenden Angstzustände. Zwei Perlen genügten in der Regel, diesen Effekt zu erzielen, in einigen Fällen mußte eine dritte genommen werden, in wenigen Fällen nach 2—3stündiger Pause eine Wiederholung der Dosis stattfinden. Was die von Arzt und Patienten gefürchtete Agrypnie bei Herzkranken anlangt, so hat Verf. erfahren, daß in leichteren Fällen von Insuffizienz, ferner bei Anfangsstadien der Sklerose (Präsklerose) ein ausreichender Schlaf, zum mindesten aber eine Kalmierung durch Valamin eintritt. Es sind dies diejenigen Fälle, in denen eine Schlafstörung im Sinne des späten Einschlafens vorliegt, und zwar hervorgerufen durch allerlei kleine Beschwerden, wie Ziehen in der Herzgegend und im Arm, leichter substernaler Druck, wohl auch Herzklopfen, allgemeine Unruhe und Angstgefühl, kurz alles Beschwerden, die durch die Lageveränderungen im Bett vor dem Einschlafen eintreten und eben dieses erschwerte Einschlafen produzieren. In solchen Fällen perhorresziert man meist ausgesprochene Hypnotika, selbst leichterer Wirkung, wie z. B. Adalin. Gerade für solche Fälle hat eine Lücke im Arzneischatz bestanden, die Valamin auszufüllen bemüht ist. Verf. möchte jedoch die Anwendung des Valamins nicht allein hierauf beschränkt wissen, sondern hat auch in leichteren Fällen von Angina pectoris, in denen er noch nicht zu Morphium greifen wollte, recht befriedigende Resultate gesehen. (M. m. W. 1915 Nr. 4.)

* **Klinische Beobachtungen bei Verwendung des Lipojodins als Ersatz der einfachen Jodsalze.** Von Dr. R. Hassel. (Aus der II. Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Moabit-Berlin.) Die Ergebnisse der klinischen Beobachtungen bei Lipojodinverabreichung faßt Verf. dahin zusammen, daß das Lipojodin ein vollwertiges Jodpräparat ist, das keine ungünstigen Nebenerscheinungen verursacht, daß es ferner vermöge seiner Eigenschaft, sich in Fett- und Nervengewebe besonders lange zu verankern, in viel kleineren und zum Teil in selteneren Dosen gegeben, besonders bei Erkrankungen spätluetischen und metaluetischen Charakters von sehr günstiger Wirkung ist. Bei arteriosklerotischen Veränderungen und deren Begleiterscheinungen, besonders bei denen des Respirations- und Zirkulationstraktus, erzielte Verf. wie mit Jod in JK die gleiche Wirkung. Wo Verf. das Jodkali dem Lipojodin vorzog, handelte es sich um die Erzielung der Salzwirkung, d. h. einer Sekretionssteigerung und damit einer Verflüssigung des zähen Bronchialschleims. Dies konnte man mit Lipojodin nicht erreichen. Nach seinen klinischen Erfahrungen kann Verf. bei den angegebenen Indikationen die Anwendung des Lipojodins empfehlen, besonders dann, wenn ein längerer Jodgebrauch erwünscht ist. Sehr zu begrüßen wäre, wenn die Gesellschaft für chem. Industrie in Basel durch Vereinfachung der Herstellung des Präparates eine Herabsetzung des Preises (jetzt 1,90 Mk. für 20 Tabletten) ermöglichen könnte.

(Ther. Mh. 1915 Nr. 12.)

* **Über Kalziumtherapie** sprach Kayser und betonte besonders die prophylaktische Wirkung bei Bronchialasthma, die von 25 behandelten Fällen 22mal festzustellen war. Man verschreibt am besten:

Rp. Calc. chlorat. puriss. sicc. 20,0
Acid. hydrochloric. dil. 4,0
Sirup. simpl.
Aq. dest. āā ad 400,0
M. D.S. 2stündl. 1 Eßlöffel in Wasser oder Milch

und führt diese Medikation mindestens 14 Tage ununterbrochen durch; bei Auftreten auch nur leichter Beklemmungen Wiederholung.

In der Diskussion bemerkte G. Klemperer, daß er seit 3 Jahren diese Behandlung übt; einigen guten Erfolgen stehen aber zahlreiche Mißerfolge gegenüber. Sehr wirksam jedoch war die Kalktherapie bei Osteomalazie und vor allem bei profusen Menorrhagien; hier muß sie monatelang geübt werden. — G. Eisner hebt hervor, daß es nach größeren Kalkgaben zu einem höheren Kalkgehalt im Blut und zu erhöhter Kalkausscheidung durch die Nieren kommt. Er hat eine deutliche Herabsetzung der Nierenfunktion nach Kalkgaben finden können.

(Verein f. innere Mediz. u. Kinderhlk. in Berlin 15. VI. 14.)

* **Heilung eines Vulvakarzinoms mit dem Zellerschen Verfahren.** Von Dr. W. Reusch (Stuttgart). Es handelte sich um ein Kankroid des rechten Labium und der Klitoris. Das Verfahren besteht darin, daß eine Ätzpaste von folgender Zusammenstellung auf die Oberfläche des Karzinoms aufgetragen wird:

Acid. arsenic.	2,0
Hydrarg. sulfurat. rubr.	6,0
Carb. anim.	2,0

Mit Wasser zu einer Paste anzurühren.

Gleichzeitig wird per os ein Pulver folgender Zusammensetzung gegeben:

Natr. silic.	
Kal. silic. aa	20,0
Sacchar. lact.	60,0

S. 3mal täglich 1 Messerspitze.

Am 10. II. 1915 wurde die Paste aufgetragen. In der folgenden Nacht traten heftige Schmerzen auf, die nur durch Morphium zu bekämpfen waren. Nach einigen Tagen heftige phlegmonöse Entzündungen des rechten Labium, welche handbreit auf Oberschenkel und Abdomen übergriff. Die Entzündung verschwand unter feuchten Umschlägen nach einigen Tagen wieder und ließ nur ein hühnereigroßes Paket Lymphdrüsen in der Schenkelbeuge zurück. Am 24. II. 1915 fiel das ganze Karzinom in toto nekrotisiert heraus und hinterließ eine mit frischroten Granulationen bedeckte Höhle, welche sich im Laufe von 4 Wochen völlig überhäutete. Das Allgemeinbefinden der Frau hat sich ganz auffallend gebessert. Gewicht vor der Behandlung 130 Pfund, heute 145 Pfund. Die fahle graue Gesichtsfarbe ist dem früheren Rot gewichen. Patientin fühlt sich so frisch und kräftig wie früher. (M. m. W. 1915 Nr. 47.)

* **Corypinol als Schnupfenmittel** empfiehlt Prof. Dr. H. Krause (Berlin). Es ist eine Kombination von Coryfin und Ol. pini pumilionis (Schäfersche Apotheke, Berlin, Kleiststr. 34; Preis 1 M.). Ein an einem Stäbchen befestigtes Wattestückchen wird damit getränkt und vorsichtig eindringend die Nasenschleimhaut damit bestrichen (1—2stündlich), während scharf eingeatmet wird. (M. Kl. 1915 Nr. 38.)

* **Die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus mit reiner Salizylsäure.** Von Dr. J. Zadek. (Städt. Krankenhaus Neukölln.) Verf. empfiehlt die reine Salizylsäure als unschädliches und rasch wirksames Mittel. Es gab von morgens bis abends 2stündlich 1 g (bei jüngeren und kräftigen Personen 2 g) in Tabletten (Firma Riedel, Berlin). Durch die Tagesgabe von 8—10—12 g ist der Patient in der Regel am Abend bereits fieberfrei; die Gelenke sind schmerzlos und beweglich. Manchmal ist dies schon nach 6 Stunden der Fall, manchmal erst nach 36—48 Stunden. Jedenfalls wird die Behandlung stets noch einige Tage fortgesetzt. Kommt Patient erst nachmittags in Behandlung, so wird Acid. salicyl. auch die Nacht hindurch gegeben, damit die Wirkung in der nächsten Nacht zutage tritt. (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 7 u. 8.)

* **Zur Behandlung chronischer Herz- und Nierenkrankheiten mit „Theacylon".** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Aug. Hoffmann. (Aus der medizinischen Klinik in Düsseldorf.) Das Präparat Azetylsalizyltheobromin (Merck, Darmstadt) hat sich als hervorragendes Diureticum bewährt. Tagesdosis 1—4 g (4—6mal täglich 0,5 oder 3mal täglich 1,0). Wo Digitalis allein keinen Effekt hatte, wirkte Kombination mit Theacylon stark diuretisch; aber letzteres hatte auch oft allein gleiche Wirkung. Auch den Blutdruck setzte es häufig herab, und die Pulsqualität besserte sich. Unangenehme Nebenwirkungen (Erbrechen) selten und durch kleine Salzsäuregaben zu beheben. (M. m. W. 1915 Nr. 33.)

* **Appendizitis und Schwangerschaft.** Von J. Veit. (Aus der Universitäts-Frauenklinik Halle a. S.) Verf. ist der Ansicht, daß man nie wegen Appendizitis oder aus Sorge vor Appendizitis eine Schwangerschaft unterbrechen darf. Die

Schwangerschaft verlange keine andere Behandlung der Appendizitis als sonst. — Bisweilen tritt eine sehr akute Appendizitis im Wochenbett ein. — Ist die Appendix nämlich während der Schwangerschaft am Uterus adhärent, so kann unter dem Einfluß der Geburtsvorgänge oder des Credé die Verwachsung sich lösen und der Inhalt in die Bauchhöhle austreten. Man muß also bei Fieberzuständen auch an diese Möglichkeit denken und sofort einschreiten; denn es handelt sich, wie gesagt, hier um sehr akute Prozesse. (M. Kl. 1916 Nr. 4.)

* **Die Therapie der Menorrhagien.** Von Dr. D. Pulvermacher, Leiter des Wöchnerinnenheims. 1. Bei Blutungen ohne pathologischen Befund erst Hebung der Kräfte durch Einspritzungen von Natr. kakodylic. (Doppelspritzen in 10 Sitzungen, im ganzen also 20 Ampullen). Während der Periode Einspritzungen von Hypophysenpräparaten (Glanduitrin und Hypophysin). Nach der zweiten Injektion ließ die Blutung gewöhnlich nach, um nach der vierten ganz aufzuhören. 2. Bei Blutungen mit pathologischem Befund (chron. Metritis und Adnextumoren) erst Vorbehandlung mit As (s. oben) und Scheidenkugeln mit Ichthynat oder Thigenol.

Rp. Thigenol. 2,0
Butyr. Cac. ad 20,0
Div. in glob. vagin. . . . 10,0.

Erst früh und abends eine Kugel, später nur eine täglich. Erfolg nach 20 Kugeln sehr zufriedenstellend. Setzte die starke Menstruation ein, so konnte sie durch eine Scheidentamponade (4 Tampons) beherrscht werden; es wurde fast stets die 8tägige Periode auf 3—4 Tage zurückgedrängt, und es brauchte nur während der ersten Menstruation tamponiert zu werden. (M. Kl. 1916 Nr. 7.)

* **Chromoform-Schweißpuder, ein neues Anthidroticum.** Von Dr. med. S. König (Groß-Strelitz). Das von der Firma Dr. K. Schmitz in Breslau aus Chromsäure und Formaldehyd hergestellte Puder hat sich dem Verf. bestens bewährt.
(Allg. m. Ztg. 1915 Nr. 29.)

* **Balanitis** behandelt Dr. E. Portner (Berlin) mit Ichthyol-Glyzerin (10%), von dem jede Stunde einige Tropfen auf die entblößte Eichel geträufelt werden, worauf man die Vorhaut wieder herüberzieht. Vorheriges Waschen der Eichel und Dazwischenlegen von Watte ist kontraindiziert. (M. Kl. 1915 Nr. 29.)

III. Neue Bücher.

Grete Meisel-Hess. **Das Wesen der Geschlechtlichkeit.** 2 Bände. Jena (Eugen Diederichs) 1916.

Nach sieben Jahren heißesten Ringens mit dem Problem, das dieses Buches erster Teil aufgezeigt hat, und nach zwei Jahren Kriegserlebens (von einer ganz bestimmten Warte aus) hat die Verfasserin der „Sexuellen Krise" ihre Auffassung von deren Entstehung, tief begründet, niedergelegt und Wege zu ihrer Überwindung gewiesen. Daß das Werk, in dem dies geschah, ein monumentales Kunstwerk geworden ist, daß es auf keiner Seite das Dichtertum seiner gedankenreichen Verfasserin verleugnet, ist dem Kritiker, der die Gesamterscheinung der — vielseitig bedeutenden — Frau im Auge behält, wesentlich; Frau Meisel-Hess selbst aber, die fanatische Gegnerin jedes l'art pour l'art, sucht anderen Ruhm. Wer in wesentlichen sachlichen Voraussetzungen anderer Meinung ist und bleiben möchte, wer nicht alle Schuld an allem Elend dieser Erde einzig dem Kapitalismus zuschiebt, wer vor allem an dessen rasche Überwindung nicht glaubt und mit dem eingefressenen Übel möglichst vorteilhaft sich abfinden will, wer so manchen Teil der großen Sexualsoziologie als abseitig nicht restlos anzuerkennen vermag: der gerade legt Wert darauf, vor alle Einschränkungen und Einwände den Ausdruck seiner unbedingtesten Bewunderung und Verehrung gegenüber der hier vollbrachten, nicht allein durch den Fleißaufwand großen Leistung und der genialen Persönlichkeit, die sie schuf, gesetzt zu wissen.

Frau Meisel-Hess hat als radikale und höchst leidenschaftliche Moralistin ihren Stoff angepackt, und für die restlose Billigung und Förderung ihres Ziels: der grundsätzlichen Reinigung und Sublimierung des Geschlechtslebens, bleibt letzten Endes belanglos, ob man ihren Thesen über die gemeinsame Entstehung

der Kriege und des Sexualelends fast allein aus dem Bevölkerungsproblem durchaus beipflichtet oder sie nur als ein (eminent geistvoll ersonnenes und strengfolgerichtig entwickeltes) Paradoxon anzusprechen vermag. Zweifellos ist, daß vor dem Krieg das Geschlechtsleben weitester Volksteile zerrüttet und entartet war, und ebenso über allen Zweifel erhaben ist, daß die leidenschaftlichste Bejahung des monogamen Prinzips, die den Brennpunkt aller Axiome und Theoreme hier bildet, daß das Abrücken von jeder ungesunden Verirrung „neuer Ethik", daß, im Zusammenhang damit, die weitgehende Anerkennung für hohe sittliche Werte im deutschen Bürgertum, etwa vom kulturkonservativen Standpunkt aus, der Verfasserin die Entkräftung aller Vorwürfe, familien-, staats- oder volksfeindlich zu sein, sichern muß. Im Gegenteil: ihr fanatisch moralisches, ja — — stellenweise — kraß moralistisches Werk weitesten Kreisen und allen Schichten unserer Zeitgenossen zugänglich und vertraut zu machen, sollten alle einflußreichen Deutschen, Parlamentarier, Ärzte, Erzieher, Kirchenfürsten und Künstler, sich zur Pflicht machen!

Die unmittelbarsten positiven Werte des Buches empfehlen sich allen Einsichtigen von selbst: Die (echt künstlerisch!) antimonistische und antisnobistische, „makroskopische" Systematik; die — endlich — wieder kritische Einstellung zu Ellen Key und Maria Lischnewska und Lily Braun; die Vorsicht gegen alle wirre Emanzipation; der mitleidlose, starr wahrhaftige Kampf gegen die zerstörende Unzucht aller Phallus- und Astartekulte; die verständige Forderung künstlicher Auslese, eines zeitweiligen Neumalthusianismus in Julian Marcuses Bahnen; das unumschränkte Postulat von geschlechtlicher Reinheit und Verantwortungsbewußtheit bei beiden Geschlechtern; die unentwegte Propagierung weitestgehenden Mutter- und Kindesschutzes; über und vor allem: die Einhaltung einer hohen, ethischen Warte, unter vollster Anerkennung metaphysischer und intuitiver Übermächte. Einer Frau, die im Leben ihre stärkste Quelle erblickt, sind gewisse literaturkritische Entgleisungen, ist die Überschätzung des Kinos ohne weiteres nachzusehen. Ganz abgesehen von ihrer bewundernswert-scharfsinnigen Fähigkeit, Mythisches und Mystisches intuitiv zu deuten, bleibt ihr tapferer Wille zum höchsten Idealismus, ihr hehres Pathos, das die schönsten Motti aus Schiller — selbstverständlich — erwählt, bleibt ihre zähe Kraft des Forderns und Erfüllens innigster Anteilnahme gewiß. An dieser Stelle habe ich sie früher schon der großen Marie v. Ebner-Eschenbach verglichen; deren Art in unser Jahrhundert zu übertragen, wird Grete Meisel-Hess immer mehr berufen.

Franz Graetzer.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Das kühle Sommerwetter dieses Jahres und die erhöhte Säuglingsfürsorge haben auf die Kindersterblichkeit in Berlin einen wachsenden günstigen Einfluß ausgeübt. Besonders stark tritt der Rückgang der Säuglingssterblichkeit gegenüber der gleichen Zeit des Vorjahres im Monat Juli hervor, für den die amtlichen Zahlen jetzt vorliegen. Danach starben im Alter bis zu 1 Jahre in Berlin im ganzen nur 210 gegen 410 Kinder im Juli 1915, was 11,26 gegen 19,12% aller Sterbefälle des Monats bedeutet. Auch die allgemeine Sterblichkeitszahl ist in Berlin gegenüber dem Juli 1915 gesunken.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Biedert, der hervorragende Kinderarzt, 68 Jahre alt, in Darmstadt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

21. Jahrgang. Dezember 1916. Nr. 12.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

I. **A. Baginski** (Berlin). Zur 50. Wiederkehr des Jahrestages meiner Doktorpromotion an der Berliner Universität: Klinische Mitteilungen. 1. Fall von interstitieller Hepatitis mit Einschmelzung des Leberparenchyms. — 2. Zur Kenntnis der Bronchiektasieerkrankung im Kindesalter. — 3. Fälle von neuropathischen Störungen (einschließlich Psychosen und Sprachstörungen — Aphasie) nach akut fieberhaften Erkrankungen im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. 65. H. 5 u. 6.)

II. **Gustav Tugendreich** (Berlin), Zur Kenntnis der Nierensekretion beim Säugling. (Ebenda.) Die an einem Säugling mit Ektopia vesicae gemachten Beobachtungen haben ergeben, daß die rechte Niere mehr Harn absondert als die linke; daß der Schlaf die Harnabsonderung vermindert und daß am Tage mehr Harn abgesondert wird als in der Nacht.

III. **Robert Lenneberg** (Düsseldorf), Über den Ausfall der kutanen und intrakutanen Tuberkulinreaktion beim Scharlach. (Ebenda.) Die Versuche ergeben („mit Vorsicht"), daß während der ersten Scharlachtage eine Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit der Haut gegen Tuberkulin statthat; die Reaktionsfähigkeit wird nicht aufgehoben. Vielfach erfolgte eine Sensibilisierung des Körpers gegen Tuberkulin.

IV. **Carl Stamm** (Hamburg), Fehlen der großen Gallenwege und der Gallenblase. (Ebenda.) Der 11 Wochen alte Knabe war von Geburt an ikterisch und ging unter heftigen Diarrhöen zugrunde. Die Sektion ergab das Vorhandensein der Art. hepatica und der Vena portarum, dagegen fehlte jede Spur von Gallenblase, Ductus hepaticus und Ductus choledochus. Die Entstehung ist wahrscheinlich auf fötale Abschnürung oder Schrumpfung der angelegten Gallenwege zurückzuführen, da es entwicklungsgeschichtlich ohne Choledochus keine Leber gibt. Bemerkenswert ist, daß das Leben des Säuglings wochenlang, ohne daß Galle in den Darm gelangte, nicht sehr erheblich gestört wurde.

V. **K. A. Heiberg** (Kopenhagen), Das Verhalten des Pankreas beim Diabetes größerer Kinder, sowie Untersuchungen über den normalen Bau der Drüse in diesem Alter. (Ebenda.) Die Zahl der sogenannten „Inseln" im Pankreas war in den untersuchten zwei Fällen im lienalen Teil erheblich größer als im duodenalen.

VI. **R. Neresheimer** (München), Über Arachnodaktylie. (Ebenda.) Beschreibung des Falles eines 6jährigen Mädchens. Genaue Messung der auffallend lang aussehenden Hände und Füße in ihren einzelnen Knochenteilen. Verf. sieht den Zustand als „multiple angeborene Vegetationsstörung" analog dem Mongoloid an, als eine Keimverderbnis aus noch unbekannter Ursache.

Hecker (München).

E. J. Huenekens, Die Azidität des Mageninhaltes im Säuglings- und Kindesalter bei milch- und fleischhaltiger Probenahrung. (Aus dem Kinderasyl von Prof. Finkelstein.) (Ztschr. f. Kinderheilk. 11. S. 297.) Die Azidität im Mageninhalt der untersuchten, im Alter von $9^1/_2$ Monaten bis zu 5 Jahren stehenden Kinder nach Milchnahrung ist übereinstimmend schwach sauer. Die Ursache dafür ist darin zu suchen, daß die Milch einen geringen Sekretionsreiz ausübt und stark säurebindend ist.

Die Azidität im Mageninhalt nach einer aus Suppe und Gemüse bestehenden Probemahlzeit ist höher als nach einer Milchnahrung und entspricht dem Schwellenwert zur Aktivierung der Pepsinverdauung. Nach einer aus Suppe, Gemüse und Fleich bestehenden Probenahrung ist die Azidität im Mageninhalt bei den $9^1/_2$ und 13 Monate alten Kindern unzureichend für eine peptische Fleischverdauung im Magen, zureichend aber bei den drei älteren Kindern im Alter von 17 bzw. 20 Monaten und 5 Jahren. Bei jungen Kindern wird deshalb zweckmäßigerweise erst von der zweiten Hälfte des 2. Jahres mit der Fleischnahrung begonnen. Schick.

K. Morgenstern, Elektrokardiographische Untersuchungen über die Beziehungen des Herzmuskels zur Spasmophilie (Tetanie) im frühen Kindesalter. (Aus der Kinderklinik Straßburg.) (Ebenda. 11. S. 304.) Ibrahim hat das Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, daß bei Tetanie nicht nur durch Laryngismus der Tod erfolgen könne, sondern auch durch Stillstand des Herzens in Diastole durch Vagusreizung. Ibrahim hat durch klinische Beobachtung Beweise zu erbringen gesucht. Verf. studierte das Elektrokardiogramm bei Kindern mit Tetanie und konnte gewisse Veränderungen nachweisen (Größe aller Zacken, stark ausgeprägte Ja-Zacke, ausgesprochene Fa-Zacke, steil ansteigendes und spitzes F), die für eine Beeinflussung des Ablaufes der Reizleitung und der Herzaktion bei Tetanie sprechen. Verf. fordert zu weiteren Untersuchungen auf. Schick.

Erwin Thomas, Über die Beziehungen chronischer Unterernährung zur Infektion und die klinischen Zeichen der herabgesetzten Immunität. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus Berlin.) (Ebenda. 11. S. 317.) Unter Erörterung der einschlägigen Literatur kommt Verf., diese kritisierend und auf eigene Beobachtungen aufbauend, zum Schlusse, daß chronische Unterernährung (wie z. B. bei Pylorusstenose) nur dann zur Herabsetzung der Immunität führt, wenn sie mit erheblicher Ernährungsstörung kombiniert ist. Gewichtsstürze (durch Wasserverlust) disponieren an sich nicht zur Entstehung von Pneumonien (dies im Gegensatz zur Ansicht von Berend). Schick.

Berta Erlanger, Zur Kenntnis des angeborenen lymphangiektatischen Ödems. (Aus dem Hamburger Säuglingsheim.) (Ebenda. 11. S. 333.) Das bei der Aufnahme 4½ Monate alte Mädchen zeigte schon bei der Geburt eine pralle Schwellung und blaurote Verfärbung der Haut an den Extremitäten, am Rumpf und im Gesicht, die dann allmählich an den letztgenannten Stellen, zum Schluß auch an den Händen erheblich zurückging. An beiden Füßen und am linken Unterschenkel blieb die Schwellung unverändert. Während der 30 Tage dauernden Beobachtung gingen auch diese Ödeme zurück, die Haut fühlte sich trotzdem immer noch dick, „fellartig" an. Schick.

Fritz Heller und **Georg B. Gruber,** Beitrag zur Kasuistik der Herzmißbildungen. (Aus der Hebammenschule und dem pathologischen Institut Straßburg.) (Ebenda. 11. S. 337.) Transposition des Ostiums der Aorta nach rechts und pulmonale Konusstenose bei Defekt im Septum ventriculorum; abnorme Entwicklung der rechten Arteria subclavia und vertebralis. Schick.

Geburtsgewicht 2540 g, Länge 47 cm. Schon bei der Geburt bei kräftigem Schreien intensive Zyanose. Herz perkutorisch nicht verbreitert. Der erste Herzton an der Basis nicht ganz rein, öfter von einem leicht fauchenden Geräusch begleitet, zweiter Ton normal. Herzaktion beschleunigt. Puls rasch, unregelmäßig. In den folgenden Tagen immer häufiger werdende Anfälle von Zyanose und Asphyxie. Tod am 20. Lebenstage. Schick.

Alfred Bosler, Über Nierenfunktionsprüfung bei Säuglingen und älteren Kindern. (Aus der Kinderklinik Straßburg.) (Ebenda. 11. S. 346.) Studium der Ausscheidung von Milchzucker, Jodkali, Kochsalz im Sinne der Schlayerschen Angaben. Ältere Kinder verhielten sich wie Erwachsene. Gesunde Säuglinge zeigen ein ausgezeichnetes Kochsalzausscheidungsvermögen, drei Säuglinge in Rekonvaleszenz nach schwerer Verdauungsstörung zeigten starke Kochsalzretention, für die vor allem die erwähnte Verdauungsstörung und nur zu geringem Teil das Moment in Frage kam, daß die Kinder mit (kochsalzarmer) Frauenmilch ernährt wurden. Die Jodausscheidung (0,2 g Jodkali) betrug bei nierengesunden Säuglingen 20—30 Stunden. Schick.

Erich Klose und **Heinrich Bratke,** Über den Wert des Schleimzusatzes bei der Ernährung junger Säuglinge. (Aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik zu Greifswald.) (M. Kl. 1916 Nr. 39.) Der Gebrauch von Schleimen, das heißt Abkochungen von Getreidekörnern, als Zusatz und Verdünnungsflüssigkeit der Kuhmilch zur künstlichen Ernährung junger Säuglinge ist weit verbreitet. In Anbetracht dieser Beliebtheit der Schleime bei Ärzten und Müttern muß man sich wohl fragen, welchen Eigenschaften und Vorzügen diese Abkochungen von Grützen, Flocken und Körnern, deren Verwendung ziemlich unökonomisch ist, ihren so lange behaupteten Platz in der Technik der künstlichen Säuglingsernährung verdanken. Warum gibt man den jungen Säuglingen in der Milchmischung Schleim, den älteren aber Mehlsuppe? Wenn es nur auf den Zusatz eines zweiten (höheren) Kohlehydrates ankommt, warum genügt es

nicht, den jungen Säuglingen eine entsprechend dünne, geringprozentige Mehlsuppe zu verabreichen? Spielen etwa außer der Quantität des in den Schleimen vorhandenen Kohlehydrates noch andere Faktoren in der Zusammensetzung der Schleime eine besondere Rolle, und machen dieselben besonders geeignet für die Säuglingsernährung?

Sehen wir uns nach einer Antwort auf diese Fragen in der Literatur um, so finden wir, daß es hauptsächlich drei Punkte sind, die hervorgehoben werden, um die Vorteile der Verwendung von Schleimen bei der Säuglingsernährung zu begründen.

1. Es wird dem Schleim ein besonders hoher Eiweißgehalt, namentlich im Verhältnis zum Gehalt an Kohlehydraten, nachgerühmt. Dieses Eiweiß soll aus der Kleberschicht der Getreidekörner, also aus den Kleiebestandteilen, stammen.

2. Von anderen Autoren wird auf den Eiweißgehalt weniger Gewicht gelegt. Die Schleime werden lediglich als dünne, gehaltarme Abkochungen höherer Kohlehydrate (Stärke) betrachtet, die eben wegen dieses geringen Gehaltes auch von den jüngsten Säuglingen mit noch darniederliegender Stärkeverdauung ausgenutzt werden können.

3. Eine dritte Ansicht wiederum geht von ganz anderen Gesichtspunkten aus. Der Schleimzusatz zur Milch soll bei der Labung eine besonders feinflockige Gerinnung des Kuhmilchkaseins bewirken und dadurch seine Verdaulichkeit fördern. Auch soll die Verlabung durch den Schleimzusatz beschleunigt werden. Diese Ansicht betrachtet also das zweite im Schleim enthaltene Kohlehydrat als etwas ganz Nebensächliches.

Um zu diesen Ansichten Stellung nehmen zu können, haben Verff. einige der in der Säuglingsernährung am meisten gebräuchlichen Schleime einer Analyse unterzogen. Sie wollten dabei zugleich feststellen, ob und welchem Ausgangsmaterial (Hafer, Gerste oder Reis) der Vorzug zu geben sei.

Sie glauben nach diesen Untersuchungen sagen zu können, daß der Wert der Schleime auf der besonderen, durch den langen Kochprozeß hervorgerufenen Zustandsänderung der Stärke beruht. Durch ein mindestens $^3/_4$stündiges Kochen wird die Stärke im ausgiebigsten Maße verkleistert und kann in diesem Zustande von den Verdauungsfermenten leichter angegriffen und aufgeschlossen werden. Dadurch kann die Stärke nach ihrer Überführung in lösliche Kohlehydrate wahrscheinlich auch leichter resorbiert werden, ohne zu unerwünschten bakteriellen Gärungen in den unteren Darmabschnitten Veranlassung zu geben.

Wenn diese eben angeführte Ansicht zu Recht besteht, so würde die allgemein geforderte lange Kochdauer der Schleime nicht dazu dienen, möglichst viel Nährstoffe aus dem Ausgangsmaterial herauszulösen. Denn Verff. konnten durch Versuche mit verschieden langer Kochdauer feststellen, daß bereits nach 20 Minuten bei Haferflocken der größte Teil der Nährstoffe in die Abkochung übergegangen ist. Wird das Kochen darüber hinaus — sogar bis $1^1/_2$ Stunden — fort-

geführt, so ist die Ausbeute an dann noch übergehenden Nährstoffen sehr gering.

Die lange Kochdauer und dadurch bewirkte ausgiebige Verkleisterung der Stärke scheint demnach der Hauptvorzug der Schleime gegenüber den Mehlsuppen zu sein. Angesichts dieser Sachlage dürfte man wohl die Frage aufwerfen, ob wir nicht durch eine genügend lange, also mindestens $^{3}/_{4}$ Stunden gekochte geringprozentige Mehlsuppe (2%ige Hafermehlsuppe) eine gleich geeignete Zusatzflüssigkeit zur Milchmischung auch für jüngste Säuglinge herstellen können, die das zweite Kohlehydrat in derselben leicht verwertbaren Form enthält. Theoretisch dürften sich kaum Einwendungen gegen dieses Verfahren vorbringen lassen. Vom ökonomischen Standpunkt aus wäre die Verwendung starkgekochter Mehlsuppen erstrebenswert, da bei der Bereitung von Schleimen ein ganz beträchtlicher Teil von Nährwerten als Siebrückstand für die menschliche Ernährung verloren geht. Kocht doch bei Haferflocken (Hafergrütze ist noch weniger ergiebig) nur etwas über die Hälfte der Ausgangssubstanz aus, das heißt, es gehen, hochgeschätzt, höchstens $^{2}/_{3}$ der Nährstoffe in die Abkochung über. Viel ungünstiger ist das Verhältnis bei Gerstenflocken und Gerstengrütze, am ungünstigen bei Reis. Hier beträgt die Ausbeute an Nährstoffen nur etwa $^{1}/_{3}$ des Ausgangsmaterials.

Grätzer.

P. Esch, Intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen. (Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 17.) (Schluß.) Eine besondere Erwähnung verdienen noch die Nachblutungen, denen eine größere Anzahl von Kindern erliegen. Mayer vertritt den Standpunkt, daß der Schädel, so lange er im Geburtskanal steckt, vielfach so zusammengepreßt wird, daß es trotz einer Gefäßzerreißung zu einer nennenswerten Blutung nicht kommen kann. „Fällt nun mit Vollendung der Geburt jene Schnürung weg, und schnellen die zusammengepreßten Knochen auseinander, dann erweitert sich plötzlich die venöse Blutbahn, und es kommt nachträglich zu einem Bluterguß.“ Dieser Ansicht kann ich im allgemeinen nicht beipflichten. Wohl wird durch den Geburtsvorgang ein starker Druck auf die oberflächlichen — die extrakraniellen — Gefäße des Schädels ausgeübt, wie die nachträgliche Entwicklung des Kephalhämatoms uns deutlich vor Augen führt. Es ist aber an sich schon kaum denkbar, daß auch die intrakraniellen Gefäße von einem so erheblichen Drucke betroffen werden können. Außerdem müßte ja dann gleichzeitig das Gehirn äußerst stark zusammengepreßt werden, so daß es unter diesen Verhältnissen unmöglich erscheint, daß derartige Kinder lebensfrisch, ohne irgendwelche Hirndrucksymptome, zur Welt kämen, wie wir es tatsächlich doch nicht selten beobachten.

Nach meinem Dafürhalten kann es aus einem eingerissenen intrakraniellen Gefäße ohne besonderen Grund auch nach der Geburt weiterbluten, lediglich weil keine Retraktion des Gefäßes oder noch keine den Riß verstopfende Gerinnselbildung eingetreten ist. Gleichfalls läßt es sich leicht vorstellen, daß eine schon zum Stillstand gekommene Blutung durch unsachgemäße Maßnahmen (zum Beispiel Schultzesche Schwingungen) von neuem entfacht werden kann.

Auf diesen Punkt hat schon Mayer hingewiesen. Ebenfalls dürften harmlose Anlässe, wie häufiges, heftiges Schreien, dieselbe Wirkung hervorrufen.

Gefahrbringend scheint mir in dieser Hinsicht auch die Neigung derartiger Kinder zu Schlafsucht, Oligopnoe und oberflächlicher Atmung zu sein, da diese Zustände eine venöse Hyperämie bedingen.

Blutet es nun, mit oder ohne nachweisbaren Grund, nach der Geburt weiter, so wird, je nach der Stärke der Blutung, in mehr oder weniger kurzer Zeit eine Kompression der Medulla oblongata eintreten — sei es durch unmittelbaren oder mittelbaren Druck —. Diese Kompression bewirkt ihrerseits, wie bereits ausgeführt wurde, eine erhöhte Atemstörung (Zyanose) und damit eine erhebliche Überfüllung der venösen Gefäße, wodurch günstige Zirkulationsverhältnisse für eine erneute, und zwar verstärkte Blutung geschaffen werden.

Schließlich halte ich es nicht für ausgeschlossen, daß wir, lediglich gestützt auf den klinischen Krankheitsverlauf, bisweilen irrtümlicherweise eine Nachblutung annehmen. Auf Grund von einigen Sektionsergebnissen, bei denen sich neben einer geringen Menge flüssigen Blutes in der Hauptsache Blutkoagula und Gehirnödem fanden, wurde ich zu der Annahme geführt, daß die Hirndrucksymptome in den Fällen, in denen sie erst an einem der ersten Lebenstage auftreten bzw. nach Behebung der sofort post partum bestandenen Symptome wieder auftreten, sehr wohl durch das sich mittlerweile gebildete Ödem im Verein mit dem schon unter der Geburt entstandenen Hämatom verursacht werden könnten. Einen zwingenden Beweis für diese Annahme haben unsere bisherigen Beobachtungen nicht erbracht; ich möchte deshalb auch nur auf die Möglichkeit hinweisen, daß das genannte Krankheitsbild bisweilen vielleicht auf diese Weise eine Erklärung finden kann. Demnach wäre es also nicht erforderlich, in jedem derartigen Falle von vornherein eine Nachblutung als selbstverständliche Voraussetzung anzunehmen.

Prognose. Wie aus der Übersicht über unsere Fälle (vgl. oben) und über die von Mayer aus der Literatur gesammelten Beobachtungen hervorgeht, sterben manche Kinder bereits unter der Geburt an den Folgen der intrakraniellen Blutung; andere werden mit mehr oder weniger schweren Störungen — insbesondere des Respirationszentrums — geboren und können nicht wiederbelebt werden. Bei einem Teil der letzteren gelingt allerdings die Wiederbelebung, aber sehr bald tritt ein Rückfall (infolge von Nachblutung oder vielleicht infolge von Ödembildung) ein, dem die Kinder dann erliegen. Schließlich kommt auch eine Anzahl der Kinder lebensfrisch zur Welt; bei ihnen setzen die Symptome in den ersten Lebenstagen ein und endigen ebenfalls mit dem Tode.

Dies ist der Krankheitsausgang, den uns die bisherigen klinischen Erfahrungen fast durchweg zeigen. Er dürfte aber nicht der Wirklichkeit entsprechen. Schon beim Lesen der Weyheschen Arbeit (l. c.) gewinnt man einen anderen Eindruck. Bei einer größeren Anzahl der sezierten Kinder konnte nämlich die intrakranielle Blutung

nur als Nebenbefund, aber nicht als eigentliche Todesursache festgestellt werden. Auch Benecke (l. c.) hatte Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, daß die Tentoriumrisse anatomisch ausheilen können und daß von dem Hämatom nur Hämosiderin und Hämatoidinflecke zurückbleiben. Diese einwandfreien Beobachtungen auf dem Sektionstische erlauben den Schluß, daß die Blutergüsse auch resorbiert werden, daß also spontane Heilungen erfolgen können.

Auf der anderen Seite ist allerdings nicht zu bezweifeln, daß die Hämorrhagien in einer Anzahl dieser von den Anatomen beobachteten Fälle mitschuldig an dem tödlichen Ausgange sind, sei es auf dem Umwege einer Pachymeningitis haemorrhagica oder durch eine Beeinträchtigung einer vitalen Funktion — hauptsächlich des Atmungszentrums mit einer nachfolgenden, letal verlaufenden Erkrankung der Atmungsorgane —. So kann in einem unserer Fälle (Fall 10, Landgraf) die intrakranielle Blutung neben der Hypertrophie der Thyreoidea für die Entstehung der tödlichen Bronchopneumonie verantwortlich gemacht werden (Tod am 6. Lebenstage). Höchstwahrscheinlich hängt auch in einem zweiten Falle (Fall 11, Landgraf) die geringe Nahrungsaufnahme und die Entstehung der Tracheobronchitis mit dem Bluterguß ursächlich zusammen (Tod am 16. Tage).[1])

Auch einige klinische Beobachtungen über in Heilung ausgegangene Fälle liegen vor. Beispielsweise berichtet Seitz (M.) über fünf derartige Fälle; ferner erlebte Höhne (8) und wir (1) je einen Fall. Jedoch sind diese Fälle nur mit großer Zurückhaltung zu verwerten, weil die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt worden ist. Sie wiesen zwar die Symptome einer intrakraniellen Blutung auf, aber da weder durch die Lumbalpunktion noch die Fontanellaspiration eine Blutung nachgewiesen wurde, so lassen sie, wie wir schon gesehen haben, auch eine andere Deutung zu. Es kann sich lediglich um funktionelle Erscheinungen oder um einfachen Hirndruck infolge der Geburt (Seitz) mit nachträglicher Ödembildung gehandelt haben. Indessen ist kaum anzunehmen, daß diese Erklärung für sämtliche Fälle zutrifft; ich neige vielmehr auf Grund der eben erwähnten anatomischen Beobachtungen zu der Vermutung, daß bei ihnen im allgemeinen eher an eine Blutung als an funktionelle Erscheinungen oder einfachen Hirndruck gedacht werden muß. Auch durch die Erfahrungstatsache, daß die organischen Krämpfe beim Neugeborenen einstweilen als häufiger wie die funktionellen angenommen werden müssen, wird diese Vermutung bis zu einem gewissen Grade unterstützt.

Die anatomischen Beobachtungen zwingen ferner zu dem Schluß, daß Fälle von intrakraniellen Blutungen klinisch häufiger übersehen bzw. nicht erkannt werden. Unter diesen Umständen ist es selbstverständlich unmöglich, auch nur annähernd zahlenmäßige Angaben

[1]) Gegen die Annahme von Mayer, daß in den Fällen, „in denen der Blutung eine akute Infektionskrankheit oder eine ernste konstitutionelle Erkrankung wie Lues zugrunde liegt, diese nicht selten direkt oder auf Umwegen, etwa einer Pachymeningitis, zum Tode führt", möchte ich einwenden, daß einstweilen noch der Beweis fehlt, daß diese Erkrankungen eine besondere Rolle beim Zustandekommen der Hämorrhagien spielen (vgl. Ätiologie).



über die Prognose dieses kindlichen Geburtstraumas zu geben. Nur so viel geht aus den bisherigen Veröffentlichungen hervor, daß die Fälle, die mit schweren klinischen Symptomen einhergehen, größtenteils mit dem Tod endigen.

Wollen wir die Frage der Prognose klären, so ist das erste Erfordernis, daß wir in jedem Krankheitsfalle, der zerebrale Erscheinungen aufweist, die Diagnose sichern (vgl. Abschnitt Diagnose). Naturgemäß ist die Beantwortung dieser Frage nicht nur von wissenschaftlichem, sondern auch, wie wir sehen werden, von großem therapeutischen Interesse.[1])

Therapie. Bei der Erörterung der Behandlung ist es angezeigt, die Fälle von intrakraniellen Blutungen, wie bei der Diagnostik, wieder in Gruppen zu trennen. Die erste Gruppe, auf die wir unsere therapeutische Aufmerksamkeit lenken wollen, bilden die Kinder, die mit manifesten Erscheinungen geboren werden (vgl. Diagnose); bei ihnen stehen naturgemäß die Wiederbelebungsversuche im Vordergrunde. Sie müssen grundsätzlich äußerst schonend vorgenommen werden, um nicht ein Weiterbluten durch ein unsachgemäßes Verhalten zu begünstigen.

Hat man sich überzeugt, daß die Luftwege frei sind, so ist sofort die künstliche Atmung zu machen, die wohl am schonendsten durch abwechselnde Kompression des Brustkorbes vermittelst einer oder beider Hände und plötzliches Wegnehmen der Hände von dem komprimierten Thorax bewerkstelligt wird. Indessen ist es gleichfalls angezeigt, wenn die Atmung nicht bald in Gang kommt, durch Herzmassage (gelindes, aber stoßweise erfolgendes Beklopfen der Herzgegend) die Herztätigkeit anzuregen. Zweckmäßig dürfte sein, das Kind, während diese Maßnahmen ausgeführt werden, im warmen Bade (37°) zu halten. Dies hat den Vorteil, der notwendigerweise sonst eintretenden starken Abkühlung vorzubeugen; — wir beobachteten in zwei Fällen, die nicht im Bade gehalten wurden, in kurzer Zeit einen Temperatursturz von 3 bzw. 4° C —. Gleichzeitig wird durch den Aufenthalt im Bade eine Gelegenheit gegeben, durch hydropathische Reize auf die Atmungstätigkeit zu wirken, indem man die Brust des Kindes von Zeit zu Zeit aus dem Wasser heraushebt und mit kühlem Wasser etwas anspritzt. Besonders empfehlen möchten wir auch die Sauerstoffatmung unter Überdruck (Tiegel).

Zu widerraten sind naturgemäß alle Versuche, das Atmungszentrum durch heftige, äußere Reize (Schultzesche Schwingungen, Beklopfen des Gesäßes usw.) anzuregen, da wir annehmen müssen, daß durch derartige Maßnahmen allzu leicht ein Weiterbluten begünstigt wird.

Auf diese Weise konnten wir 6 Kinder wiederbeleben; es gelang uns aber in keinem Falle, ein Kind zu retten. Sie wurden in mehr oder weniger kurzer Zeit von neuen, schweren Erscheinungen befallen, unter denen sie zugrunde gingen. Diese Mißerfolge legen den Gedanken nahe, in allen Fällen, in denen man sich veranlaßt sieht,

---

[1]) Hinsichtlich der Spätfolgen der intrakraniellen Blutungen verweise ich auf die Arbeit von Mayer.

eine intrakranielle Blutung als Ursache für eine Asphyxie anzusprechen, den geglückten Wiederbelebungversuchen eine Lumbalpunktion anzuschließen. Von vornherein dürfte dieser Vorschlag in Anbetracht der Ungefährlichkeit des Eingriffes und im Hinblick auf die sonst äußerst ungünstige Prognose derartiger Fälle berechtigt sein. Zu seinen Gunsten aber lassen sich folgende Gründe anführen: Handelt es sich tatsächlich um eine Hämorrhagie, so ist bei der Häufigkeit, mit der der Bluterguß gerade in der Umgebung des Kleinhirns sitzt (Tentoriumrisse), zu erwarten, daß durch eine Lumbalpunktion die Medulla oblongata von einem dadurch bedingten Drucke entlastet wird. Ferner wird vermittelst dieses harmlosen Eingriffes die Sachlage wenigstens im allgemeinen geklärt, ob nämlich überhaupt eine Hämorrhagie vorliegt oder nicht. Diese Erkenntnis aber dürfte für unser ferneres Verhalten nicht unwichtig sein. Ist nämlich eine Blutung festgestellt, so wird unser Bestreben dahin gehen, durch äußere Reize (z. B. öfteres Baden) die Neigung zu Oligopnoe und oberflächlicher Atmung, soweit diese nach einer ausgiebigen, entlastenden Lumbalpunktion überhaupt noch wiederkehren, zu bekämpfen, um auf diese Weise das hauptsächlichste, disponierende Moment für eine Nachblutung zu beseitigen. Desgleichen werden wir unter diesen Umständen besondere Sorgfalt auf die weitere klinische Beobachtung des Kindes legen, um nach Möglichkeit Anhaltspunkte für die Lokalisation des Hämatoms zu gewinnen. Wir sind dann, wenn von neuem stürmische Erscheinungen einsetzen, in der Lage, sofort an richtiger Stelle zur Fontanellaspiration bzw. unter Umständen (vgl. unten) zur Trepanation zu schreiten.

In der zweiten Gruppe handelt es sich um die Kinder, die, lebensfrisch geboren, in den ersten Lebenstagen von Symptomen befallen werden, die auf eine intrakranielle Blutung schließen lassen. Bei ihnen geht fürs erste die Diagnostik mit der Therapie Hand in Hand. Wie wir in dem Abschnitt über die Diagnose gesehen haben, ist es unmöglich, ein Hämatom mit unbedingter Sicherheit ohne Zuhilfenahme der Lumbalpunktion bzw. der Fontanellaspiration zu erkennen. Bei der Anwendung dieser Methode wird es aber nicht selten gelingen, wenigstens einen Teil des ergossenen Blutes zu beseitigen und dadurch gleichzeitig, neben dem diagnostischen Erfolge, auch eine therapeutische Wirkung zu erzielen. Infolgedessen erscheint es angezeigt, in jedem derartigen Falle frühzeitig von diesen Eingriffen Gebrauch zu machen, und zwar ist von der Lumbalpunktion bei Blutergüssen, die in der Umgebung des Kleinhirns sitzen, und von der Fontanellaspiration bei Konvexitätsblutungen eine besondere Wirksamkeit zu erwarten. Voraussetzung für diese Behandlungsweise ist selbstverständlich, daß der Bluterguß noch flüssig ist.

Gelingt es nicht, auf diese Weise das Gehirn bzw. die Medulla oblongata vom Drucke zu entlasten, oder kehren nach vorübergehender Entlastung die Erscheinungen einer Nachblutung wieder, so bleibt, falls eine topographische Diagnose ermöglicht worden ist, als letzter Rettungsversuch die Trepanation übrig.[1])

[1]) Technik der Trepanation s. bei Mayer.

Die Statistik von Henschen, die Mayer anführt, klingt ermunternd; — von 16 operierten Kindern wurden 7 geheilt —. Indessen erlaubt sie kein abschließendes Urteil über den Wert des Eingriffes; auch kann die Indikationsstellung noch nicht abgegrenzt werden. Der Grund dafür liegt in den bisherigen Veröffentlichungen, da in ihnen entweder nur über die Fälle berichtet wird, die unoperiert oder operiert gestorben sind. Unerwähnt bleibt die Gruppe von Fällen, die spontan in Heilung ausgegangen sind. Die Beobachtungen der Anatomen (vgl. oben), die auf die Tatsache, daß spontane Heilungen vorkommen, schließen lassen, bieten dem Kliniker keine Anhaltspunkte für die Indikationsstellung zur Operation, weil wir nicht wissen, an welchen Erscheinungen diese Fälle gelitten haben. Allerdings liegen ja auch einige klinische Mitteilungen über spontan geheilte Fälle vor (Seitz, Hoehne, Verf., l. c.), aber diesen Mitteilungen haftet der Mangel an, auf den bei der Erörterung der Prognose bereits hingewiesen wurde, daß die Diagnose nicht genügend gesichert wurde. Es ist nicht mit Sicherheit ausgeschlossen, daß es sich in diesen Fällen überhaupt nicht um eine intrakranielle Blutung gehandelt hat. Infolgedessen erscheint es mir nicht berechtigt, sie den operierten Fällen gegenüberzustellen.

Es wird unsere Aufgabe sein, diese Lücke auszufüllen, indem wir jeden Fall mit zerebralen Erscheinungen, die eine intrakranielle Blutung vermuten lassen, genauestens beobachten und die Diagnose durch die Lumbalpunktion bzw. die Fontanellaspiration (vgl. Diagnose) zu erzwingen suchen. Nur auf diese Weise lernen wir die Prognose der intrakraniellen Blutungen kennen und schaffen damit die Grundlage, auf der die Indikationen bzw. die Kontraindikationen für die Trepanation aufgebaut werden können.

Nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse über die intrakraniellen Blutungen erscheint mir der Entschluß zur Trepanation nicht leicht zu sein. Seit 8 Jahren fahnde ich vergebens nach einem Falle, der mir zur Operation geeignet erschiene. Daß wir die Trepanation bisher niemals vorgenommen haben, hatten wir in keinem einzigen Falle zu bereuen; denn nach dem anatomischen Befunde wäre kein einziges Kind zu retten gewesen. Bemerkenswert erscheint mir daher die Tatsache, daß 14 von den bisherigen Operationen auf einen Operateur (Cushing) entfallen.

Im Anschluß an die Besprechung der Therapie möchte ich einen weiteren Vorschlag der Beachtung unterbreiten; er betrifft die Prophylaxe der intrakraniellen Blutungen. Wir haben gesehen, daß die Asphyxie das wichtigste, disponierende Moment für das Zustandekommen der Hämorrhagien bildet. Demgemäß erscheint es mir angezeigt, wenn die allgemein gültigen Zeichen einer intrauterinen Asphyxie beobachtet werden, und gleichzeitig die Vorbedingungen für eine entbindende Operation (Beckenausgangszange) erfüllt sind, keine kostbare Zeit, in der sich die asphyktischen Erscheinungen und damit die Gefahr für eine Blutung steigern können, verstreichen zu lassen, sondern bald, gleichsam aus „relativer Indikation“, die Entbindung vorzunehmen. Unter diesen Umständen — bei einer frühzeitigen Operation —, die noch keine besondere Eile verlangt, kann

auch einer zweiten Forderung, die ebenfalls ätiologisch wichtig ist, voll und ganz Rechnung getragen werden, indem ein unnötiger Druck mit den Zangenlöffeln leichter zu vermeiden sein wird. Auch dürfte es angebracht sein, im Unterricht, wenn die Technik der Entwicklung des nachfolgenden Kopfes (Veit-Smelliescher Handgriff) besprochen wird, auf die Gefahr einer intrakraniellen Blutung, die ein allzu plötzliches Durchziehen des Kopfes durch die Beckenringe bedingt, gebührend hinzuweisen. Desgleichen erscheint es angezeigt, diese Gefahr unter den Kontraindikationen gegen die prophylaktische Wendung beim engen Becken und gegen die hohe Zange besonders hervorzuheben.

Vielleicht gelingt es durch derartige Maßnahmen, in manchen Fällen einer intrakraniellen Blutung vorzubeugen und damit eine größere Anzahl von Kindern zu retten, als dies durch die Behandlung der einmal zustande gekommenen Hämorrhagie nach den bisherigen Veröffentlichungen ermöglicht werden konnte. Grätzer.

N. P. Ernst, Atresia infrapapillaris duodeni congenita. Duodeno-Enteroanastomose. Heilung. Aus dem St. Elisabeth-Hospital in Kopenhagen.) (Zbl. f. Chir. 1916 Nr 28.). Diese kasuistische Mitteilung ist von Interesse, weil man in der Literatur nur einen einzigen Fall von angeborener Dünndarmatresie findet, wo es gelungen ist, den Pat. durch eine Operation zu retten. Da es sich aber in diesem Falle (mitgeteilt von P. Fockens aus Rotterdam) um eine nur etwas oberhalb der Bauhinischen Klappe sitzende Atresie des Darmes handelte, wird Verf.s Fall der erste, wo es gelungen ist, eine angeborene Atresie des Duodenums mit Erfolg zu operieren.

Hinsichtlich der Form der Anastomose wählte Verf. diejenige, die sich am bequemsten ausführen ließ, nämlich „antecolica“, und überdies ließ sie sich an dem untersten Teil des Duodenums nicht anlegen wegen der Fixation desselben an der hinteren Bauchwand. Eine „retrocolica“ könnte vielleicht aus rein theoretischen Gründen idealer scheinen, da man ja durch dieselbe beinahe ganz normale anatomische Verhältnisse hätte etablieren können; Verf. glaubt aber, die Passage durch Mesokolon und das schwierigere Anlegen der Anastomose würde die Gefahr bei der Operation bedeutend erhöht haben. Als er später Fockens holländische Mitteilung las, interessierte es ihn, zu sehen, daß er ein ähnliches Raisonnement geltend machte, indem er seine Anastomose antiperistaltisch anlegte, weil es leichter war, als wenn er sie isoperistaltisch angelegt hätte. Grätzer.

H. Brüning (Rostock), Die kindlichen Darmschmarotzer, ihre Störungen und ihre Behandlung. (D. m. W. 1916 Nr. 23.) Über die Behandlung äußert sich Verf. wie folgt:

„Warnen möchte ich vor unnötigen Wurmkuren, wie sie so oft auf ganz vage Beschwerden und Vermutungen hin angestellt werden, um namentlich Spul- und Springwürmer zu vertreiben. Wir müssen uns auf den Standpunkt stellen, daß jede Wurmkur kein gleichgültiger Eingriff für Kinder ist, und verlangen, daß die Diagnose, die ja bei richtiger Auswahl der Untersuchungsmethodik nicht schwierig ist, vorher mit Sicherheit gestellt wird.

Zur Abtreibung der Bandwürmer, um bei diesen zu beginnen, benutzen wir für gewöhnlich drei Präparate, das Extractum filicis maris und das aus ihm dargestellte Filmaron, sowie das Cucumarin. Das Farnkrautextrakt verwenden wir unter Zusatz von Mel. depur. oder Pulp. Tamarindor. (2,0—6,0/30,0) oder besser noch, falls die Kinder in der Lage sind, Kapseln zu schlucken, in der Form der Helfenberger Bandwurmmittel für Kinder. Diese, hergestellt von der Chem. Fabrik Eug. Dietrich, Helfenberg i. S., bestehen aus 2,65 g Extract. filicis mar. und Ol. Ricini in Gelatinekapseln in Karton, bzw. 4 g Extract. filicis mar., 8 g Ol. Ricini und 6 g Malzextrakt, letzteres Präparat, das Tritol. filicis, als dickliche, emulsionsartige Flüssigkeit in Originalgläsern.

Handelt es sich um jüngere Kinder oder empfindliche Patienten, bei denen das Einnehmen der Helfenberger Kapseln unmöglich oder schwierig wird, so benutzen wir das von der Firma Boehringer & Co., Mannheim-Waldhof, in den Handel gebrachte Filmaronöl, eine Lösung von 1 g Filmaron, welches aus dem Extr. fil. maris gewonnen wird, in 10 g Ol. Ricini. Das Filmaronöl ist in Originalfläschchen zu 10 g zum Preise von 1,50 M. durch die Apotheken erhältlich, wird zu 3—6 (—10) g je nach dem Alter des Kindes früh nüchtern verabreicht und soll 2 Stunden später von einem Laxans in genügender Menge (Ol. Ricini, Brustpulver, Kalomel) gefolgt sein. In mehreren Fällen von Tänien bei Kindern haben wir mit diesem Mittel Erfolg gehabt und keinerlei unangenehme Nebenwirkungen verspürt. Ein drittes Präparat, welches bei Bandwürmern erfolgreich angewandt werden kann, ist das Cucumarin der Firma H. A. Jungklausen in Hamburg.

Dieses Mittel stellt den eingedickten Saft von 300 g Kürbiskernen dar und bildet eine braune, dickliche Masse, welche fleischsaftähnlich schmeckt und in Suppe oder Kakao früh nüchtern mit hinterherigem Laxans verabreicht wird.

Nachzutragen wäre allerdings noch, daß es sich empfiehlt, die Kinder am Tage vor der Bandwurmkur bei knapper Kost zu halten und durch ein leichtes Laxans (Purgentabletten, Brustpulver o. dgl.) abführen zu lassen, eventuell auch unter Zuhilfenahme von Einläufen mit lauem Wasser für prompte Darmentleerung zu sorgen. Das Wurmmittel wird entweder nüchtern oder 1 Stunde nach Trinken von einer Tasse Tee, Kaffee oder Milch verabreicht und jede Bandwurmkur bei Bettruhe der kleinen Patienten und am besten unter sorgsamer ärztlicher Überwachung im Krankenhause durchgeführt.

Macht sich nach Einverleibung des Wurmmittels und des Abführmittels Stuhldrang bemerkbar, so bringe man das Kind auf den Topf, vermeide es jedoch, an dem etwa aus dem After heraushängenden Bandwurm zu ziehen, sondern versuche in diesem Falle, durch vorsichtige laue, hoch hinaufreichende Darmirrigationen das Herausspülen des Parasiten herbeizuführen.

Über die sonst gebräuchlichen Bandwurmmittel, wie Kamala, Flor. Kosso u. a., möchte ich heute mich nicht weiter auslassen, da ich sie persönlich nur in ganz vereinzelten Fällen bei jüngeren Kindern angewandt habe.

Auch über die Embeliasäure, welche neuerdings als Mittel gegen Bandwürmer empfohlen wird und über welche experimentelle Untersuchungen im Kobertschen Institut in Rostock angestellt worden sind, fehlen mir bisher wegen Mangels geeigneter Fälle eigene Erfahrungen.

Ist schon die Bandwurmkur bei Kindern mit Schwierigkeiten verknüpft, so gilt dies in noch höherem Maße von der Behandlung der Oxyuriasis. Hier hat man vor allem die permanente Autoinfektion der Kinder zu vermeiden durch peinlichste Sauberkeit des ganzen Körpers. Fleißige Reinigung der Hände, Kurzhaltung und Säuberung der Fingernägel, Schlafenlassen mit Hemd oder Badehose usw. sind hier dringend geboten. Nach jeder Stuhlentleerung sollte die Anal- und Genitalgegend gewaschen und abends vor dem Schlafengehen ein Bad gegeben, sowie häufiger für Wechsel der Leib- und Bettwäsche gesorgt werden. Sind mehrere Geschwister oder die ganze Familie von Oxyuriasis geplagt, so müssen, wenn ein Dauererfolg erzielt werden soll, sämtliche Wurmträger sich der Kur unterwerfen. Gerade dieser Faktor und die Umständlichkeit und Unappetitlichkeit des ganzen Verfahrens bilden aber den Grund, weshalb so oft die Abtreibung der Madenwürmer illusorisch wird.

Was nun die eigentliche medikamentöse Therapie der Oxyuren anlangt, so hat sie sich nach zwei Richtungen hin zu erstrecken, und zwar:

1. die jungen, im Dünndarm lebenden Würmer zu vernichten und abzutreiben und

2. die im Dickdarm sitzenden, zum After herauskriechenden und hier ihre Eier absetzenden Weibchen unschädlich zu machen, um die Verschleppung der Eier zu verhindern.

Die Austreibung und Abtötung der Dünndarmoxyuren vermag man zu erzielen durch interne Darreichung von Santonin, Naphthalin, Gelonida Alum. subacet. Nr. I, Ol. Chenopodii anthelminthici oder des aus ihm gewonnenen Wermolins. Santonin gibt man am besten in Form der in den Apotheken vorrätigen Santoninzeltchen (Pastill. Santonini zu 0,025, 2—3 pro Tag), und das Naphthalin, welches vor einigen Jahren von Zinn warm empfohlen wurde, mit Sacch. zusammen als Pulver in Dosen von 0,02—0,3, je nach dem Alter mehrmals täglich. Die Gelonida Aluminii subacetici der Firma Goedicke, Leipzig, haben wir in zahlreichen Fällen von kindlicher Oxyuriasis verabreicht, und zwar mit durchweg befriedigendem Erfolg. Auch steht uns ziemlich reiches Beobachtungsmaterial zur Verfügung über die Wirksamkeit des amerikanischen Wurmsamenöles, auf dessen vermifuge Eigenschaften ich später bei Besprechung der Spulwurmkuren nochmals zurückkommen werde. Wir verabreichten das Mittel wie bei Askaridiasis tropfenweise, bzw. benutzten in letzter Zeit das aus ihm hergestellte Wermolin, das heißt eine Emulsio Ol. Chenop. anth. comp. der Adler-Apotheke in Hilden bei Düsseldorf, ein Mittel, welches sich gut bewährte, dessen allgemeine Verwendung aber durch den hohen Preis von etwa 50 Pfg. pro Löffel sich von selbst verbietet.

Die Abtötung bzw. Entfernung der geschlechtsreifen Oxyurenweibchen aus dem Rektum kann nur durch Irrigationen des Darmes

erfolgen. Hierzu verwendet man außer Essigwasser 1:3—4, Kochsalzlösung, 1%ige essigsaure Tonerdelösung, Abkochungen von Knoblauchzwiebeln (3—4 Stück pro Liter Wasser) oder letztere zweckmäßig in Form des von der Marktapotheke in Güstrow in den Handel gebrachten Garlicolls, einer bräunlich-wässerigen Flüssigkeit, welche eßlöffelweise einem Liter lauem Wasser zugesetzt werden soll, nachdem vorher ein Laxans für prompte Darmentleerung gesorgt hat. Ganz besonders günstige Wirkung bei Oxyuriasis entfalten Irrigationen mit Zusatz von Wurmsamenöl in Tropfenform oder Emulsion, wie sie vor kurzem auch Stursberg gerühmt hat (15—25 Tropfen O. Chenopodii oder ein Kinderlöffel Wermolin in einem Liter lauen Wassers durchgeschüttelt). Die zuletzt genannten therapeutischen Maßnahmen kann man wirksam unterstützen durch Einreiben von Salben in die Analgegend für die Nacht bzw. nach der Defäkation. Als solche möchte ich die graue Salbe vermieden wissen, da ich mehrfach unangenehme Ekzeme nach ihrer Anwendung beobachten konnte. Es genügt ein Ungt. ophthalmic. oder Ungt. acid. salicyl. vollkommen, um herausgekrochene Oxyuren abzufangen. Auch die neuerdings als Antioxyuriacum gepriesene Wermiculinsalbe kann ich wegen mehrfach beobachteten Reizerscheinungen nicht empfehlen.

Das Wichtigste bei allen Oxyurenkuren ist jedoch, daß sie nach 10—14tägiger Pause 1—2mal wiederholt und jedesmal für 3—4 Tage mit peinlichster Gewissenhaftigkeit durchgeführt werden müssen, wenn ein Dauererfolg erzielt werden soll.

So unsicher und schwierig nach dem Gesagten die Abtreibung von Bandwürmern und namentlich von Oxyuren im Kindesalter sich gestaltet, so einfach und prompt gelingt im allgemeinen die Kur bei Spulwürmern.

Diese abzutreiben, gelingt mit vereinzelten Ausnahmen durch Verabreichung von Santonin bzw. von Ol. Chenopodii anthelminthici, ein Präparat, dessen pharmakologische Untersuchung und klinische Prüfung von mir auf Koberts Anregung hin vor einigen Jahren erfolgt ist.

Über die Dosierung des Santonins sprach ich bereits vorhin; das Wurmsamenöl der Firma Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig, welches ein ätherisches Öl von gelblicher Farbe und strengem Geruch darstellt, verabreichten wir klinisch und poliklinisch in zahlreichen Fällen, und zwar in Tropfenform in Zuckerwasser mit hinterherigem Nachtrinken von einigen Schluck Milch oder in Gestalt des Wermolins. Wir gaben im allgemeinen dreimal soviel Tropfen, als das Kind Jahre zählt, 1—2 Tage lang und gleichzeitig hinterher ein Laxans (Ol. Ricini, Brustpulver) in reichlicher Menge. Letzteres ist dringend erforderlich, um die Wurmkur bei spulwurmkranken Kindern erfolgreich zu machen und eventuell Intoxikationserscheinungen, über welche ebenfalls bei unzweckmäßiger Darreichung des Ol. Chenopodii berichtet worden ist, zu vermeiden.

Gegen Trichocephalus dispar mit wurmwidrigen Mitteln vorzugehen, habe ich bei Kindern auf Grund klinischer Erscheinungen bisher niemals Veranlassung gehabt. Dagegen habe ich mehrfach bei anderen Wurmkuren Abgang von Peitschenwürmern beobachtet und

in anderen Fällen, in denen ich durch Darreichung von Santonin oder Ol. Chenopodii ihre Ausstoßung aus dem Darm zu erreichen hoffte, dies nicht zu erzielen vermocht.

So bietet also im allgemeinen die Abtreibung der Darmparasiten im Kindesalter dem Arzte ein dankbares Objekt der Behandlung. Nur sollte man nicht vergessen, daß bei den in Rede stehenden Kuren nicht schematisch und kritiklos vorgegangen werden darf, sondern daß es auch hier darauf ankommt, bei zweckmäßiger Auswahl des wurmwidrigen Mittels die Kur möglichst schonend für das Kind durchzuführen und vor allem durch vorsichtige Dosierung des Medikamentes ernste Schädigungen von ihm fernzuhalten."

Grätzer.

K. W. Eunike, Kindlicher Hydrozephalus; Subkutandrainage nach Trauma mit günstigem Ausgang. (Aus der chirurg. Abteilung der städt. Krankenanstalten Elberfeld.) (B. kl. W. 1916 Nr. 28.)

Wilhelm H., 14 Monate alt, aufgenommen am 26. IX. 1915. Aus der Familienanamnese keine Mißbildungen bekannt. Das Kind soll früher gesund gewesen sein. Eine Anschwellung des Kopfes war nie beobachtet worden, sie fiel erst vor etwa 4 Wochen auf und nahm dann in der letzten Zeit beträchtlich zu. Die Pflegemutter will sich entsinnen, daß das Kind vor einigen Wochen auf den Kopf fiel, und glaubt, die nun bestehende Veränderung der Kopfform auf diesen Fall zurückführen zu müssen.

Status bei der Aufnahme: Der Kopf zeigt die Konfiguration eines in Stirnlage geborenen Schädels, d. h. die Stirn ist sehr hoch und steil, der Abfall zum Occiput ebenfalls steil. Palpatorisch ergibt sich, daß der Schädelknochen an der Bildung dieser Kopfform gar nicht beteiligt scheint. Es wird diese Anschwellung durch eine unter der Haut gelegene Flüssigkeitsansammlung bedingt. Das ganze Gebilde fühlt sich prall elastisch an. Völlig verdeckt durch diese Geschwulst sind die Parietalia und die oberste Grenze des Frontale. Am Hinterkopf rechts unten außen zeigt sich weiterhin eine, von der beschriebenen Schwellung bei einfacher Betrachtung völlig isolierte Anschwellung von Kleinapfelsinengröße.

Das Kind wird zunächst beobachtet und zeigt sich geistig seinem Alter entsprechend völlig normal ausgebildet. Es gewöhnt sich sehr rasch an die veränderte Umgebung, ist äußerst lebhaft und munter.

Röntgenaufnahme: Die Seitenaufnahme zeigt über der Höhe der kleineren Anschwellung eine Lücke in der Knochenkontinuität. Es liegt diese ungefähr am Zusammentreffen der Lambdanaht mit der Sutura occipito-mastoidea und parieto-mastoidea.

Die Schädelaufnahme von vorn nach hinten zeigt keine Besonderheiten im Knochenbau oder in der Knochenanordnung. Nur sieht man, daß über dem Knochen ein etwa 4 Querfinger breiter Schatten besteht, der der erwähnten Anschwellung entspricht.

Die Temperatur ist dauernd afebril. Am 30. IX. Punktion der großen Anschwellung. Hierbei werden etwa $^1/_2$ Liter gelblich gefärbter, klarer Flüssigkeit abgelassen. Nach völliger Entleerung zeigt sich, daß auch der am Occiput bestehende Tumor geschwunden ist, und man fühlt nun hier deutlich die im Röntgenbild schon konstatierte Knochenlücke. Die Palpation des übrigen Schädels zeigt die Schädelknochen von fester Konsistenz, das Parietale eingesunken und beiderseits unter die Ränder der Temporalia geschoben, deren zackige Randpartien man deutlich fühlt. Die große Fontanelle ist offen, und man fühlt durch sie wie durch die Knochenlücke am Hinterhaupt Pulsation.

Nach der Punktion mehrere Tage geringer Temperaturanstieg. Der Puls wird in seiner Qualität nicht geändert durch die Punktion. Die mit der Punktionsflüssigkeit angelegten Nährböden bleiben steril. Im Sediment finden sich vereinzelt Erythrozyten.

Nach der Punktion bildet sich die Schwellung rasch zurück, ja ihre Größe hat etwas zugenommen.

Am 11. X. erneute Punktion. Es werden nach Einstich in die größere Schwellung 700 ccm Flüssigkeit abgelassen. Der Palpationsbefund bietet gegen den vorhergehenden keinerlei Veränderungen. Nach dieser Punktion keine Temperatursteigerung. Auch diesmal behält der Puls seine alte Qualität bei. Die Flüssigkeit sammelt sich bald wieder an.

Am 9. XI. wiederum Punktion, wobei knapp 700 ccm entleert werden. Der Befund ist derselbe wie nach den beiden früheren Punktionen. Schon bald nach der Flüssigkeitsentleerung tritt die Schwellung wieder ein. Von einer Punktion wird nun zunächst abgesehen. Am 9. XII. Seit ungefähr Anfang Dezember macht es den Eindruck, als ginge die Schwellung zurück, und heute ist sie deutlich geringer. Am 14. XII. Seit dem 9. XII. nimmt die Schwellung wieder zu. 3 Wochen später hat man den Eindruck, als wäre die Anschwellung wieder geringer geworden. Von einem erneuten Eingriff wird Abstand genommen, und es zeigt sich nun tatsächlich im weiteren Verlauf, daß die Flüssigkeit, wenn auch sehr langsam, schwindet. Dabei ist der Abfluß nicht dauernd gleichmäßig oder die Flüssigkeitsabsonderung zeitweilig stärker, so daß der bestehende Abfluß zu diesen Zeiten nicht ausreicht. Man erkennt dies an der nicht dauernd gleichmäßigen Abnahme der Schwellung.

Anfang April hat sich sämtliche Flüssigkeit resorbiert. Eine Perforationsöffnung nach außen oder nach dem Nasenrachenraum hat sich nicht auffinden lassen, und es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die Drainage nach innen und zwar subkutan statthatte.

Es handelt sich somit hier um einen Fall von Spontanperforation eines Hydrozephalus mit Drainage in den Subkutanraum. Das anamnestisch angeführte Trauma kann vielleicht zum Zustandekommen der Perforation ursächlich herangezogen werden. Jedenfalls ist aber sicher anzunehmen, daß der Hydrozephalus schon zuvor bestand. Somit liegt hier ein Fall von Spontanheilung oder doch zum mindesten Besserung und Stillstand eines Hydrozephalus vor. Bei der Schwierigkeit der Therapie des Hydrozephalus muß der Wunsch naheliegen, derartige von der Natur gezeigte Heilungsvorgänge therapeutisch nachzubilden. Es sind ja nun tatsächlich gerade derartige Versuche in der mannigfachsten Weise unternommen worden, ohne daß dieselben jedoch zu einem sicheren Heilerfolge geführt hätten. Abgesehen von der Gefahr der meningealen Infektion, die ganz besonders bei der subkutanen Drainage besteht, hat sich tatsächlich erwiesen, daß in weitaus der Mehrzahl der Fälle die Drainage nicht funktionierte. Es muß hierbei die Ausbildung der Lymphbahnen in ganz besonderer Weise stattgehabt haben, so wie wir sie therapeutisch durch unsere Maßnahmen nicht erreichen können. Grätzer.

Adalbert Gregor, Intelligenz-Untersuchungen mit der Definitionsmethode. (Mschr. f. Psych. u. Neur. 36. 1914. H. 1.) Die Definitionsmethode, welche in der Anweisung an die Versuchsperson besteht, die ihr vorgesprochenen Worte in Kürze zu erklären, ist nach Verf. in besonderer Weise zur Aufdeckung bestehender intellektueller Anomalien geeignet. Bei genauer Durchführung der Untersuchung und Wertung der Resultate kann ein pathologischer Intelligenzausfall sich der Feststellung nicht entziehen. Die Untersuchungen von Defektzuständen und Psychosen zeigten dem Verf., daß die Definitionsmethode auch einen Einblick in das individuelle Geistesleben und die besondere Art der krankhaften Störungen gewährt. Kurt Mendel.

H. Schnitzer, Über Einrichtungen für schwer erziehbare Fürsorgezöglinge. (Zschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. 8. 1915. H. 1. S. 5.) Verf. gelangt in der vorliegenden Arbeit zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Errichtung von Sonderanstalten oder Sonderabteilungen für schwer erziehbare Fürsorgezöglinge krankhafter Beschaffenheit ist notwendig. Sie werden entweder als selbständige Anstalten oder im Anschluß an Erziehungs- oder Schwachsinnigenanstalten eingerichtet.

2. Sondereinrichtungen sind nur für schulentlassene Fürsorgezöglinge notwendig.

3. Der bauliche Charakter wie die innere Organisation haben neben den sichernden Maßnahmen zugleich psychiatrische und pädagogische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

4. Durch eine zweckmäßige Abstufung im Gewähren immer größerer Bewegungsfreiheit ist auch für Schwererziehbare als Endziel und Übergang in die volle Freiheit Familienerziehung anzustreben.

5. Die Disziplin der Sonderanstalt hat bei Beobachtung erzieherischer Grundsätze doch den Charakter der Krankenanstalt zu wahren.

6. Zur Gewinnung und Ausbildung eines geeigneten Erzieherpersonals sind die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

7. Ohne Rücksicht auf die Kostenfrage ist hierbei auf die äußere Sicherstellung des Personals Bedacht zu geben. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

J. Androussieur, Die Heine-Medinsche Krankheit in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung einer Epidemie im Kanton Luzern im Herbst 1915. (Aus der Universitäts-Kinderklinik Zürich.) (Schweiz. Corr.-Bl. 1916 Nr. 31.) Verf. gibt interessante Einzelheiten, die im Original nachzulesen sind. Zum Schluß gibt er die prophylaktischen Maßregeln wieder, die Silberschmidt für notwendig hält:

1. Es ist die Anzeigepflicht bei allen akuten Fällen zu verlangen.

2. Strenge Isolierung des Erkrankten. Wenn irgend möglich, sollen die Patienten in ein Krankenhaus evakuiert und dort isoliert gehalten werden. Sollten die verfügbaren Räume nicht ausreichen, so können die Patienten leicht in Döckerbaracken oder dergleichen Hilfsbauten untergebracht werden, da die meisten Erkrankungen im Sommer auftreten.

3. In Verbindung mit der Anzeigepflicht ist zu wünschen, daß der behandelnde Arzt die Behörde über die Wohnungsverhältnisse (Anzahl der Bewohner, besonders Kinder, enges Zusammenwohnen, Reinlichkeit usw.) orientiere.

4. Da eine bakteriologische Untersuchung zurzeit noch nicht durchführbar ist und die Krankheitsträger daher nicht mit Bestimmtheit festzustellen sind, soll der behandelnde Arzt die Untersuchung und die Beobachtung der Familienangehörigen in jedem

Falle gewissenhaft durchführen. Namentlich sind Kinder mit leicht fieberhaften Störungen, mit Anginen oder Enteritiden in der Umgebung von Kranken als verdächtig zu betrachten und entsprechend zu isolieren. In der Wohnung der Erkrankten ist auf peinliche Reinlichkeit und fleißige Lüftung zu halten. Vor allem aber ist Wert auf Körperpflege und besonders auf Mundpflege zu legen. Die Bewohner sind anzuhalten, regelmäßige Gurgelungen, womöglich auch Nasen- und Mundspülungen mit einer geeigneten desinfizierenden Lösung, wie Wasserstoffsuperoxyd neutralisiert, Kal. hypermanganicum $^1/_2$% und verdünnte Phenollösung $^1/_2$%, vorzunehmen.

5. Die schulpflichtigen Geschwister sind mindestens 8 Tage nach erfolgter Evakuation des Patienten von der Schule fernzuhalten und nur, wenn sie vollständig gesund geblieben sind, zum Besuch wieder zuzulassen. Die Entlassung der Kranken und deren Zulassung zur Schule — nicht vor 3 Wochen! — ist Sache des Amtsarztes in Verbindung mit dem behandelnden Arzte.

6. Bei der Pflege von an Poliomyelitis Erkrankten ist die laufende Desinfektion am Krankenbett nach den Vorschriften bei anderen ansteckenden Krankheiten durchzuführen: Desinfektion der Abgänge und Ausscheidungen, der Leib- und Bettwäsche. Da mit der Möglichkeit einer Verschleppung durch leblose Gegenstände gerechnet werden muß, empfiehlt es sich, nach Ablauf der Krankheit oder nach Evakuation oder Tod des Patienten die Schlußdesinfektion vornehmen zu lassen. Grätzer.

G. Pellacani, Epilessia e trattamento bromico-ipoclorurato (Riforma medica. 1914 No. 16.) Verf. empfiehlt neben der Brombehandlung bei Epilepsie die kochsalzarme Kost nach Toulouse-Richet. Kurt Boas.

M. Cahier, Sur le traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections périnéales de sérum. (Presse médicale. 1914 No. 36.) Verf. empfiehlt bei Enuresis nocturna, 80—100 ccm einer physiologischen Kochsalzlösung in die Dammgegend beiderseits zu injizieren. Er will davon gute Erfolge gesehen haben, namentlich bei Soldaten. Kurt Boas.

A. Fletcher, On infantile Tetany. (Arch. of internal medicine. XVI. 1915. No. 3.) Bei der infantilen Tetanie liegt keine Störung des Kalziumstoffwechsels vor; vielmehr ist das Korrelationsgleichgewicht der Kalium-, Natrium-, Kalzium- und Magnesiumsalze gestört. Gewöhnlich besteht eine Störung der Magen-, Darm- und Nierentätigkeit. Besserung dieser Funktionen stellt das normale Konzentrationsgleichgewicht wieder her. Ein charakteristischer Fall dieser Art wird ausführlich mitgeteilt. Kurt Boas.

L. F. Pollock, Hypopituitarism in chronic hydrocephalus. (Journ. of the Amer. med. association. January 30. 1915.) Verf. weist hin auf die Häufigkeit des Zusammentreffens von Hypopituitarismus und Hydrocephalus chronicus. Bekannt ist die Ähnlichkeit der Meningitis serosa mit dem Hirntumor. Der Einschluß von Zirbeldrüsensymptomen führt strikte zu der Diagnose eines

Hypophysentumors. Das Befallensein der Glandula pinealis bei der mechanischen Schädigung infolge eines zystischen dritten Ventrikels erfordert weitere Studien in ihrer Beziehung zur Adipositas cerebralis.
Kurt Boas.

J. R. Collins, Treatment of cerebrospinal meningitis by antimeningococcus serum combindet with autogenous vaccine. (British med. Journal. February 13. 1915.) Verf. berichtet über einen Fall von epidemischer Zerebrospinalmeningitis bei einem 9jährigen Knaben. Die Serumbehandlung war ohne wesentlichen Erfolg; dagegen ergab die zweimalige Verabreichung eines autogenen Vakzins eine bedeutende, wenn auch zeitlich nur vorübergehende Besserung des Befindens. Kurt Boas.

Calhoun, The report of a case of mirror-wheting. (Ophthalm. Record. September 1915.) Verf. berichtet über einen Fall von Spiegelschrift bei einem 7jährigen, völlig normalen Jungen aus gesunder Familie. Verf. führt aus, daß die Spiegelschrift die normale Schrift für die Linkshänder sei, sei es angeboren, sei es nach Lähmung der rechten Hand. Ersteres ist bei Kindern, letzteres bei Erwachsenen der Fall. Bei Kindern nimmt die Neigung zur Spiegelschrift mit der Entwicklung ab. Im höheren Kindesalter ist sie deswegen ein Zeichen für ein gewisses Zurückgebliebensein. Man findet sie u. a. bei Epilepsie, Chorea minor usw. Kurt Boas.

Foote, The femur of an idiopathic epileptic. (Boston med. and surg. Journ. 173. No. 11.) Verf. berichtet über gewisse Knochenveränderungen in einem Falle von idiopathischer Epilepsie. Die Knochenwand war von verschiedener Dicke, der Knochen sehr leicht und stellenweise transparent, der Markkanal ungewöhnlich weit.
Kurt Boas.

Anna Schoondermark, Luminalbehandlung van epilepsie. (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1915. Tweede Helft No. 23.) Es wird über 27 mit Luminal behandelte Fälle von Epilepsie berichtet. Zusammenfassend bemerkt Verf. folgendes: Luminal kann geraume Zeit hindurch vertragen werden. In manchen Fällen, besonders beim „petit mal", erweist es sich als weit wirksamer als das Brom und hat einen günstigen Einfluß auf das allgemeine Wohlbefinden. Verf. empfiehlt, nicht mehr als 250—300 mg pro die per os zu geben. Eine Angewöhnung an das Luminal kann eintreten. Nach Abbrechen der Luminalkur schienen die Anfälle in unverminderter Heftigkeit weiter zu bestehen, wie dies auch nach Aussetzen der Brombehandlung zu beobachten ist. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

G. Dorner: **Die Diphtherieepidemie in Leipzig seit 1914 nach Beobachtungen im Krankenhause St. Jakob.** In Leipzig setzte 1914 zugleich mit dem Kriege eine ziemlich ausgedehnte Diphtherieepidemie ein. Im Krankenhause wurden 1082 Fälle auf der inneren Station beobachtet mit 12% Mortalität. Die Epidemie selbst imponierte als eine sehr schwere. Im großen und ganzen gingen die Allgemeinerscheinungen parallel der Schwere des lokalen Krankheitsbildes. Es

wurden sehr viele ganz schwere Fälle mit starken Ödemen des Halses beobachtet. 58% verliefen als leicht, 22% mittelschwer und 20% ganz schwer. Die Beteiligung der Nase am lokalen Prozeß war besonders häufig, bei der dritten Form mit 55%. Primäre Nasendiphtherien wurden gleichfalls oft beobachtet; am zweithäufigsten war der Larynx beteiligt. Von 1240 ins Krankenhaus auf die chirurgische und innere Station aufgenommenen Fällen zeigten 22% Kehlkopferscheinungen und 14,9% mußten tracheotomiert werden. Die Mortalität der Tracheotomierten war 45,3%, wogegen sich die Mortalität der im hiesigen Krankenhaus in der Vorserumzeit Tracheotomierten auf 70% stellte. Augendiphtherien wurden besonders auch in den Sommermonaten beobachtet, ebenso echte Hautdiphtherien. In 5,5% aller Fälle trat Herpes auf. Die Beteiligung von seiten der Nieren war relativ selten gegenüber anderen Epidemien. Einer der hervorstechendsten Züge der Epidemie war die Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Gefäßsystem, die sich erstens in Lähmungen des vasomotorischen Apparates im Anfangsstadium der Diphtherie und zweitens in direkter Wirkung auf das Herz in späteren Stadien zeigte. Die Gefäßlähmung konnte häufig noch überwunden werden. Die Herztodesfälle traten in den meisten Fällen im Anschluß an ganz schwere Diphtherie am 12.—15. Tage auf. Die Diagnose konnte fast ausnahmslos schon mehrere Tage vor dem Tode gestellt werden, und zwar verliefen die Fälle fast immer in drei Stadien: erstens dem Stadium der Blässe, eventuell mit Erbrechen, zweitens dem Stadium der leichten Apathie mit Leberschwellung und Herzdilatation und drittens dem Stadium der Unruhe und Aufregung; diese Stadien verteilten sich entweder auf 3—4 Tage oder folgten einander in wenigen Stunden. Die Therapie war in solchen Fällen machtlos, besonders auch zeigte sich das Adrenalin als wirkungslos, weil es in allen diesen Fällen sich um eine primäre Herzschädigung handelte, wie auch durch Röntgenuntersuchung nachgewiesen werden konnte. Von anderen Herzsymptomen wurden bei leichteren Fällen besonders anhaltende Tachykardien in späteren Stadien, Irregularitäten, laute systolische Geräusche und langdauernde Blutdrucksenkungen häufiger angetroffen. Von Giftschädigungen spielten in zweiter Reihe die Lähmungen eine große Rolle, die in mindestens 12,7% beobachtet wurden, von denen 50% Gaumensegellähmungen angehörten, dann folgten Augenmuskellähmungen und 27mal ganz schwere Körperlähmungen mit 15 Todesfällen; Blasen- und Mastdarmstörungen, schwere Schlucklähmungen, die künstliche Fütterung erforderten, Lähmungen der Atemmuskulatur waren relativ häufig. Während die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei den schwersten Lähmungen stets Eiweißvermehrung ergab, konnten bei den mikroskopischen Untersuchungen der Nerven und des Rückenmarks in 4 Fällen schwerere Veränderungen nicht gefunden werden. Die gewöhnliche Serumtherapie zeigte sich bei den schwersten Fällen wirkungslos, selbst wenn sie früh in Behandlung kamen. Es wurde daher zu hohen Dosen und intravenösen Injektionen übergegangen, und in einigen Fällen, die hoffnungslos ins Hospital kamen, schien diese Behandlungsmethode auch wirklich erfolgreich, während sie bei anderen Fällen auch wieder versagte. Es wird daher empfohlen, bei Fällen der dritten Form unabhängig vom Alter sofort 6000 Immunitätseinheiten intravenös am 1. und 2. Tage zu verabreichen, außerdem intramuskulär die gleiche Dosis so lange zu wiederholen, bis sich die Beläge zurückbilden. Schaden wurde von den intravenösen Injektionen nie gesehen.

(Med. Gesellschaft zu Leipzig, 4. Juli 1916.)

Heinlein: **Oberkieferresektion bei einem Kinde.** Vortr. bespricht die in der Literatur vorliegenden statistischen Berichte der Oberkieferresektion und weist besonders auf die die Statistik ungünstig beeinflussenden Gefahren des Blutverlustes und der durch den Wegfall des Hustenreflexes bei der Inhalationsnarkose entstehenden Aspirationspneumonien hin. Der ersteren Gefahr wird durch vorausgeschickte Unterbindung der A carotis ext., der letzteren durch Anwendung der Novokainleitungs- und Umspritzungsanästhesie begegnet. Im Kindesalter ist die Allgemeinnarkose nicht zu entbehren; ihre Gefahren werden jedoch wesentlich herabgesetzt durch ihre Unterbrechung vor den letzten Akten des Eingriffes, d. i. der Ablösung der Umschlagstelle der Mundschleimhaut auf den Oberkiefer, der Trennung des weichen von dem harten Gaumen, der Spaltung des harten Gaumens in der Medianlinie, der Abtrennung des Tuber maxill. von dem Processus pterygoid. und der abschließenden Wundnaht. Diese Akte erfolgen in unvollständiger Narkose, so daß schließlich das Kind energisch fest-

gehalten werden muß. Anschließend führt Vortr. ein auf diesem Wege bei einem 5jährigen Knaben erzieltes glattes Heilresultat eines kleinzelligen Oberkieferrundzellensarkoms vor. Bei dieser Gelegenheit fordert er mit Nachdruck, einer eventuellen Probeexzision die sofortige Operation folgen zu lassen. Die Geschwulst stellte bei der ersten Begegnung in der Sprechstunde sich als kleine, flache Vorwölbung der Kieferwand dar. Der bald darauf anderwärts vorgenommenen Probeexzision folgte nach Angabe der Mutter eine rasche Geschwulstvergrößerung. Die Berichterstattung über das Resultat der mikroskopischen Untersuchung an den Hausarzt unterblieb. 4 Wochen nach der ersten Begegnung hatte die Geschwulst die Größe einer Mandarine erreicht. Das Präparat wird vorgelegt.

(Nürnberger med. Gesellsch. u. Polikl., 18. Mai 1916.

Stamm: **Gallengangsatresie beim Säugling.** Vortr. zeigt die Leber eines 11 Wochen alten Säuglings, der, von Geburt an hochgradig ikterisch, ohne syphilitische Erscheinungen unter den Symptomen von Darmkatarrh und Bronchopneumonie gestorben war. Die klinische Diagnose Leberzirrhose, verursacht durch Gallengangsatresie, wurde durch Sektion bestätigt. Gallenblase und sämtliche großen Gallenwege fehlten vollständig, die portalen Gefäße waren gut ausgebildet, die Papilla Vateri war vorhanden, aber nicht durchgängig. Die Leber bot das typische Bild biliärer Zirrhose.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 22. Februar 1916.

Rehder: **Scharlachbehandlung mit Rekonvaleszentenserum.** Vortr. bestätigt die Angaben von Reiss und Jungmann und ihren Mitarbeitern in vollem Maße an der Hand von 45 mit Rekonvaleszentenserum und von 13 mit Normalmenschenserum behandelten, meist schweren Scharlachfällen. Das Rekonvaleszentenserum ist nicht nur imstande, mittelschwere oder ganz schwere frische Scharlachfälle geradezu zu kupieren, es beseitigt auch in den allerschwersten Fällen lebensbedrohliche Erscheinungen von Herz- und Gefäßlähmung und schwere Intoxikationszustände des Zentralnervensystems, so daß in vielen Fällen die Erhaltung des Lebens seinem Einflusse zugeschrieben werden kann. Die Wirkung des Serums macht den Eindruck einer durchaus spezifischen. Unter 45 Fällen befanden sich 2 Fälle, bei denen aus bisher nicht erklärten Gründen das Serum versagte. In einigen Fällen trat nur eine schwächliche Wirkung infolge zu geringer Dosierung ein. Das Normalmenschenserum kommt zur Anwendung in Frage, wenn bei schweren Scharlachfällen kein Rekonvaleszentenserum zur Verfügung steht. Seine Wirkung gleicht aber nur in etwa einem Drittel der Fälle der des Rekonvaleszentenserums. Etwa ein anderes Drittel der beobachteten Fälle zeigt außer Fieberabfall nur vorübergehend subjektive Besserung, während der Rest der Fälle objektiv und subjektiv unbeeinflußt blieb. Die Komplikationen des Scharlachs werden weder durch die Infusion gebessert, noch in ihrer Entwicklung aufgehalten. Dagegen kann erwartet werden, daß zur Zeit der Infusion komplikationsfreie Fälle im weiteren Verlaufe der Rekonvaleszenz keine Komplikationen mehr durchzumachen brauchen. Die intravenöse Infusion wird der subkutanen oder intramuskulären Injektion wegen ihrer größeren Promptheit und Gründlichkeit der Wirkung vorgezogen. Die Dosierung des Serums richtet sich nach der Schwere des Falles, doch so, daß ungefähr auf 1 Pfund Körpergewicht 1 ccm Serum gegeben wird. Die Serumgewinnung ist einfach: Man läßt das steril aufgefangene Blut 16—24 Stunden überdeckt stehen und kann dann das abgesetzte Serum in die Infusionsbürette abgießen.

Heine: **Über angeborene Wortblindheit.** Der 10 Jahre alte Junge, den Vortr. hier vorstellt, bietet das ziemlich reine Bild der sogenannten angeborenen Wortblindheit oder, richtiger gesagt, der angeborenen Unfähigkeit, später fließend lesen zu lernen. Denn ebensowenig, wie man vom Neugeborenen Verständnis für das Wortbild verlangen kann, ebensowenig sollte man eigentlich von angeborener Wortblindheit sprechen. Wie die Veranlagung zur Kurzsichtigkeit angeboren, die Kurzsichtigkeit selbst aber meist erst zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre erworben wird, so werden gewisse Defekte der Hirnrinde oder Geburtsschädigungen angeboren, die Wortblindheit entsteht aber erst in der Schule, wenn Lesen gelernt wird oder eben nicht gelernt werden kann. Lesen können aber auch solche Kinder, z. B. Zahlen, Buchstaben, Silben, ja auch kurze Worte, nur für längere Worte und größere Zahlen fehlt ihnen das Verständnis. So finden wir z. B. bei diesem Jungen mit der Zahlentafel geprüft volle Sehschärfe, und sein Gesichtsfeld

ist fein, wenn auch der Farbensinn auffallend schlecht für alle Farben ist; sie werden nur in großen Objekten bei hinreichender Sättigung erkannt. Lassen wir nun aber zwei- oder dreistellige Zahlen lesen, so tritt oft schon das Symptom der Umkehrung ein, d. h. statt 27 wird 72, statt 123 wird 132 gelesen. Die Tausende fallen vollständig aus, d. h. von vierstelligen Zahlen wird eine beliebige ausgelassen und der Rest mehr oder weniger richtig als dreistellige Zahl gelesen, so z. B. 1234 nicht 1234, sondern 124 oder 134 usw. Mit Hilfe der Zahlen können wir also den Grad der Alexie sozusagen messen. Ähnlich ist es nun mit den Worten. Während Silben und allenfalls einsilbige Worte („Kiel") erkannt und gelesen werden, kann er auch geläufige zweisilbige Worte auf buchstabierendes Diktat wohl selbst schreiben, dann aber nicht vorlesen; liest man ihm nun das von ihm Geschriebene vor, so kann er es sehr wohl nachsprechen, das motorische Sprachzentrum ist also ebenso intakt wie das akustische. Da keine Hemianopsie und Seelenblindheit vorliegt, so ist also auch das optische Wahrnehmungs- und Erinnerungszentrum im wesentlichen intakt; für eine gewisse Minderwertigkeit spricht freilich die Farbenschwäche. Fast isoliert ist also in solchen Fällen das sogenannte Lesezentrum im unteren Scheitellappen, hinteren oberen Schläfenlappen oder Gyrus angularis der linken Seite oder, da Pat. linkshändig ist, rechts geschädigt. Es handelt sich also um ein Herdsymptom und nicht um die Teilerscheinung einer Idiotie. Wenn auch die Intelligenz des Jungen nicht gerade vollkommen erscheint, so ist doch zu bedenken, daß ihm eben das Verständnis der Schrift verschlossen ist, das wichtigste Bildungsmittel also fehlt. Man wird sich demnach nicht wundern können, wenn sein geistiger Bestand erhebliche Lücken aufweist. Es ist nicht jedermann gegeben, ein so wichtiges Sinnesorgan wie das Auge durch die anderen zu ersetzen, zumal wenn er, wie Patient, keine Eltern mehr hat und sein Unterricht in der Schule natürlich nicht so individualisiert werden kann, wie dies in seinem Interesse wünschenswert wäre. Ob sich freilich auch durch sorgsamsten Unterricht viel würde erreichen lassen, muß zum mindesten fraglich bleiben. Ursächlich nehmen wir ja eine Aplasie der betreffenden Hirnbezirke an oder aber die Folgen eines Geburtstraumas. Nun hat es sich bei seiner Geburt angeblich um eine schwere Steißgeburt gehandelt (Großmutter ist Hebamme) und von seiten seines Vaters sei er oft Kopftraumen ausgesetzt gewesen. Immerhin möchte Vortr. im vorliegenden Falle bei Fehlen aller sichtbaren Narben und bei der eigenartigen Mangelhaftigkeit des Farbensinnes bei Intaktheit des Schwarz-Weiß-Sinnes eher an eine mangelhafte Anlage des Lesezentrums denken. Daß sich ein so hochstehender Hirnbezirk noch nachträglich ausbilden oder durch einen anderen ersetzen läßt, ist wohl wenig wahrscheinlich. Die Literatur ist für die Zeit von 1896, wo Morgan zuerst die „angeborene Wortblindheit" beschrieb, bis 1908 von Peters-Rostock zusammengestellt (M. m. W. 1908 Nr. 21), sie umfaßt 17 Nummern. Nachzutragen ist eine Mitteilung von Jackson im Americ. Journ. of the med. scienc. Mai 1906, der von im ganzen 19 Patienten 16 männlich (nur 3 weiblich) fand. Plate (M. m. W. 1909 S. 1793) fand 4 Fälle in 3 Generationen einer sonst besonders gut begabten Familie. Fisher (Ophthal. Review 1910 S. 192), der schon früher zu demselben Thema das Wort ergriffen hatte, teilt einen weiteren Fall mit, in dem er Aplasie oder Blutung in dem genannten Hirnteil annimmt. Ähnlich Stier (D. m. W. 1908 S. 225). Wesentlich neues haben diese Mitteilungen nicht gebracht, nur wurde von verschiedenen Seiten auf die Bevorzugung des männlichen Geschlechtes hingewiesen; so stellte auch Bruner (Ophthalmology 1905) 14 Knaben aus der Literatur zusammen. Nur einzelne Fälle waren mit Idiotie kompliziert und ließen das Symptom dann natürlich nicht in wünschenswerter Deutlichkeit isoliert zur Beobachtung kommen. Trotz der wenig zahlreichen Mitteilungen scheint die „angeborene Wortblindheit" keineswegs selten zu sein, denn seitdem die Londoner Schulärzte auf dieses Symptom zu achten gelernt hätten, käme nach Thomas (the Ophthalmoscope 1905) auf 2000 Schulkinder 1 Fall, was die pädagogische Bedeutung der Sache ja nur erhöhen könnte.

(Med. Gesellsch. zu Kiel, 6. Juli 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1])

Erfahrungen über den therapeutischen Wert der Guberquelle bei Kindern. Von Dr. M. Lateiner-Mayerhofer und O. Schey. (Aus dem Kinderambulatorium der Allgem. Poliklinik in Wien.) Verff. gaben untergewichtigen Kindern mit Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Blässe usw. Guberquelle. Kinder über 4 Jahren vertrugen sie anstandslos, nahmen in der Regel stark an Gewicht zu und erholten sich zusehends. (Ther. Mhf. 1915 Nr. 10.)

Beitrag zur Verwendung von Eisen-Elarson-Tabletten. Von Prof. Dr. G. Brühl (Berlin). Die Eisen Elarsontabletten erinnern äußerlich an die moderne Darreichungsform französischer Firmen. Es sind kleinste Tabletten, die sich bequem nehmen lassen. Sie werden mit etwas Wasser hinuntergeschluckt. Sie besitzen einen schokoladeartigen Geschmack und werden daher selbst von den verwöhntesten Patienten und Kindern gern genommen. Es ist zweckmäßig, die Darreichung so zu gestalten, daß — entsprechend der Arsendarreichung — allmählich eine Steigerung der Dosis eintritt. Verf. hat seine Patienten in den ersten acht Tagen 3mal täglich eine Tablette im Anschluß an die Mahlzeiten nehmen lassen, in den darauffolgenden fünf Tagen 3mal täglich zwei Tabletten. Nach Ablauf dieser Zeit wird die Zahl auf 3 × 3 erhöht und letztere Gabe insgesamt 20 Tage beibehalten. Kinder im Alter von 8—14 Jahren erhalten 1—3mal täglich eine Tablette nach den Mahlzeiten. Nunmehr wird eine Pause von etwa 1 Woche eingeschaltet, danach der Zyklus in gleicher Weise fortgeführt. Bei Verwendung von 9 Tabletten täglich würde die Medikation pro die noch nicht 50 Pfg. kosten, da jedes Gläschen 60 Tabletten enthält. Höhere Dosierungen sind nicht nötig. Die Wirkung des Präparates äußert sich in Zunahme des Blutfarbstoffes, durch eine geregelte Verdauung, einen reichlichen Appetit, dementsprechend auch Gewichtszunahme und allgemeines Wohlbefinden. Verf. hat in seiner Spezialpraxis oftmals Veranlassung, Arsen und Eisen innerlich anzuwenden. Kinder und Erwachsene z. B. mit exsudativen Mittelohrkatarrhen, mit adenoiden Vegetationen, hypertrophischen Mandeln, Lymphdrüsenschwellungen, chronischen Ekzemen der Nase und der Ohren, schlechtem anämischen Aussehen und Schwächezuständen nach Operationen oder bei schlecht heilenden Wunden (Antrotomien, Adenotomie, Radikaloperationen), ferner Patienten mit häufigen Rezidiven von Mittelohrentzündungen, mit Schwindel und Ohrensausen bei Anämie, Chlorose, Nervosität, nervöser Schwerhörigkeit und Lues werden im allgemeinen durch Arsen und Eisen günstig beeinflußt. In zahlreichen solchen Fällen hat Verf. seit längerer Zeit neben oder nach der üblichen Lokaltherapie daher auch die Eisen-Elarsontabletten angewendet, immer mit dem gleichbleibenden Eindruck, daß das allgemeine Befinden wie der lokale Befund durch die zielbewußte Anwendung des Mittels sicher und, ohne irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen hervorzurufen, günstig beeinflußt wurde.
(Ther. d. Gegenw. April 1915.)

Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Kinderkrankheiten. Von Dr. M. Klotz (Schwerin). Beim akuten eklamptischen Anfall injiziert Verf. subkutan Luminal und erreicht sofortiges Sistieren der Krämpfe. Dosis für $^1/_2$—1 jährige Säuglinge 0,1 Luminalnatrium. — Auch bei Epilepsie wirkt Luminal ganz vorzüglich. Der Charakter der Anfälle wird durchaus geändert, eine sehr günstige Beeinflussung des postepileptischen Zustandes macht sich geltend. Dosierung: Bei kleinen Kindern 0,05—0,075 abends 2 Tage hintereinander; dann 2 Tage Pause, darauf wieder 2 Abende Luminal usw. Ältere Kinder bekommen 0,1—0,15—0,2, höchstens 0,3 (über letztere Dosis ist Verf. bei dieser kontinuierlichen Behandlung, unter der manche Kinder schon 1 Jahr stehen, nicht hinausgegangen. Die Luminalbehandlung kommt aber erst in Frage, wenn Sedobrol versagt hat, das zunächst zu empfehlen ist: 1—2 Würfel pro Tag genügen im allgemeinen. — Als gutes und von den Kindern gern genommenes Beruhigungsmittel (bei Bronchitis, Tracheitis mit quälendem Reizhusten ist Pantoponsirup zu nennen. 1 Teelöffel enthält 3 mg Pantopon (= 1,5 mg Morphium). Dosierung: $^1/_2$ Teelöffel 2—3mal täglich bei unterjährigen Kindern vom 1. Jahre ab 2—3mal ein ganzer Teelöffel und mehr. Bei der Behandlung hochgradiger Erregungszustände psychisch abnormer Kinder hat Narkophin nicht

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf **Erwachsene**.



die prompte Wirkung des Pantopons. Dagegen erwies es sich ihm überlegen bei kontinuierlicher Medikation, z. B. bei chronischen Unruhezuständen hysterischer Kinder. Dosis: 3mal täglich 15—30 Tropfen einer 3%igen Lösung. Ein sehr zuverlässiges, aber teures Beruhigungsmittel ist das Neuronal, von dem man älteren Kindern von 0,5 pro dosi an gibt. (Ther. Mhf., März 1914.)

Zur Therapie der Pertussis. Von Dr. Staedler (Collex-Bossy). Seit Jahren wird Vaporin (Krewel & Co., Köln), eine Mischung von Kampfer, Eukalyptus, Naphthalin und Ol. pin. silv., bei Keuchhusten mit bestem Erfolge angewandt (mit Wasser 2—3mal täglich Verdampfung im Zimmer). Verf. bezeichnet es auch als sicheres Prophylaktikum: wenn man in einer Familie, in der Schule beim ersten Krankheitsfall die Methode anwendet, wird kaum jemand mehr erkranken. (Fortschr. d. Med. 1914/15 Nr. 40/41.)

Gelonida Aluminii subacetici (Goedecke) und Oxyuriasis. Von Dr. W. Th. Schmidt (Stettin). Man läßt den Erwachsenen 3mal täglich ein Gelonid Nr. I, à 1,0 g nehmen. In Fällen, wo gleichzeitig eine abführende Wirkung erwünscht ist, gibt man ein Gelonid à 1,0 g von Nr. III, die einen leichten Zusatz von Aluminiumsulfat und Phenolphthalein enthalten. Kinder ließ Verf. im allgemeinen 3mal täglich 0,5 g (Nr. I oder Nr. III) per os nehmen. Da nun aber aus leicht erklärlichen Gründen das Mittel nur den oberen Teil des Darmes unzersetzt erreicht, ist es nötig, um auch im Dickdarme die Würmer abzutreiben bzw. zu vernichten, gleichzeitig die Gelonida Aluminii subacetici vom After her in Form von Einläufen zu geben. Die Madenwürmer verlassen besonders des Abends den Darm und verursachen dann am After das heftige Kribbeln. Es ist deshalb am zweckmäßigsten, den Einlauf tunlichst vor dem Schlafengehen zu machen, und zwar im Anfange der Kur täglich, später genügt es, wenn er jeden 2. Tag vorgenommen wird. Da das Klisma einerseits möglichst groß gemacht werden soll und andererseits auch nicht zu kurze Zeit im Darme bleiben darf, so empfiehlt es sich, das Klistier zu verabfolgen, nachdem vorher eine Entleerung spontan oder auf Reinigungsklisma hin erfolgt war. Man läßt dann für Kinder einen Einlauf von etwa $^1/_2$ Liter stubenwarmen Wassers (schon unter 30° C temperiertes Wasser tötet gewöhnlich die Würmer schnell!), dem $^1/_2$ g Gelonid beigesetzt ist. Für Erwachsene nimmt man einen Einlauf von mindestens 1 Liter Wasser, in dem 1,0 g Gelonida Aluminii subacetici gelöst ist (merke: für Kinder $^1/_2$ g auf $^1/_2$ Liter, für Erwachsene 1 g auf 1 Liter!). Der Patient soll den Einlauf am besten mindestens 5 Minuten lang bei sich behalten. Es hat sich die Therapie in allen Fällen auf einen Zeitraum von mindestens 8—10 Tagen zu erstrecken. Sie mag alsdann aufhören, falls sich im Stuhlgange keine Würmer mehr und am After bzw. im Analabschabsel (wie vom Arzte festzustellen ist) keine Wurmeier mehr befinden. Andernfalls ist die Kur so lange fortzusetzen, bis diese beiden Forderungen erfüllt sind. In den meisten Fällen wird dies im Verlaufe von etwa 14 Tagen erreicht sein. Nur in den seltenen Fällen, wo der Dünndarm, speziell auch der Wurmfortsatz, dicht mit Oxyuren besetzt ist, müssen die Gelonida längere Zeit gegeben werden.
(M. Kl. 1915 Nr. 27.)

Eine in Vergessenheit geratene interne Behandlung der Anginen bei Kindern bringt Prof. J. Zappert (Wien) in Erinnerung. Es handelt sich um Zyanquecksilber, das Verf. bei etwa 20 Fällen von Angina der verschiedensten Art mit Erfolg anwandte, denen nur das eine gemeinsam war: ein rasch sich entwickelnder Belag auf den Tonsillen, also Tonsillarerkrankungen mit oberflächlicher Exsudation. Bei Affektionen mit starker parenchymatöser Entzündung und rascher Schwellung der Mandeln versagte das Mittel. Dagegen bewährte es sich bei Diphtherie, wo bei Unterstützung der Serumtherapie durch Zyanquecksilber das Sinken des Fiebers und das Schwinden der Beläge früher und prompter erfolgte als bei bloßer Serumtherapie. Verf. verschrieb:

Rp.: Hydrarg. cyanat. 0,01
Saccharin. 0,05
Aq. font. 100,0
D. S. Stündl. 1 Kinderlöffel.

Die stündliche Verabfolgung führte er je nach dem Alter des Kindes und der Schwere des Falles 6—8—10 Stunden durch, dann gab er das Mittel 2stündlich oder ließ es nach größerer Nachtpause nächsten Tags wieder stündlich darreichen.
(W. m. W. 1915 Nr. 44.)



IV. Neue Bücher.

Carly Seyfarth. **Die Dermoide und Teratome des Eierstocks im Kindesalter.** Wiesbaden 1916. 131 Seiten. Preis M. 4.—.

Da es bisher eine zusammenfassende Darstellung der bei Kindern vorkommenden Dermoidgeschwülste noch nicht gibt, ist die fleißige Monographie immerhin dankenswert, wenn auch keine eigenen Beobachtungen und Erfahrungen dem Verfasser zu Gebote stehen. Nach einem geschichtlichen Rückblick werden 171 Fälle von Dermoiden und Teratomen des kindlichen Eierstocks zusammengestellt und dann Anatomie, Entstehung und klinisches Verhalten dargestellt und schließlich in Schlußbetrachtungen zusammengefaßt, aus denen wir das Wichtigste entnehmen.

Dermoide und Teratome sind meist in der Anlage angeborene Geschwülste, welche mit großer Regelmäßigkeit Produkte aller drei Keimblätter enthalten. Die ursprüngliche Annahme einer pathenogenetisch sich entwickelnden Eizelle als Bildungsstätte der Geschwülste wurde von Marchand und Bonnet dahin modifiziert, daß als Keim der Geschwulst eine frühzeitig aus dem allgemeinen Zellverband ausgelöste Blastomere anzusehen ist. Eine solche, in die Keimdrüsen oder sonst wohin verlagert, könne vermöge ihrer Totipotenz zur Bildung eines dreikeimblätterigen Geschwulstproduktes führen.

Zwischen Dermoiden und Teratomen bestehen histologisch fließende Übergänge. Die ersteren sind mehr Mißbildungen, die letzteren mehr Geschwülste.

Die klinischen Erscheinungen sind denen bei Erwachsenen sehr ähnlich. Die Dermoidzysten wachsen sehr langsam, werden häufig durch Stieldrehung stationär, kommen aber auch zu Vereiterung, Verjauchung und Durchbruch; sie sind fast durchaus gutartig. Die Teratome entwickeln sich sehr rasch und bilden maligne Geschwülste. Die Differenzialdiagnose ist oft schwierig, Rektal- (statt Vaginal-)untersuchung, zuweilen erst Probelaparatomie bringt die Entscheidung. Die Prognose der Dermoide ist demzufolge bei den Dermoiden günstig; operative Entfernung bringt Dauerheilung. Bei den Teratomen kann nur sehr frühzeitige Entfernung Heilung bringen. Hecker.

Manfred Fränkel. **Die doppelhändige Ausbildung und ihr Wert für Schule und Staat.** Berlin 1915 bei R. Schoetz.

Aus dieser lesenswerten Schrift sei hier nur kurz auf einige auf das Gebiet der Orthopädie der Kinder bezughabende Stellen verwiesen. Unter Verwertung zahlreicher Statistiken zeigt Fränkel, welch hoher Prozentsatz unserer Schulkinder an Wirbelsäulenverbiegungen leidet. Die Hauptschuld sieht er in der schiefen Haltung des Kindes beim Schreiben infolge der schiefen Lage des Heftes. Daher fordert er die grundsätzliche Einführung der Steilschrift, auf welche er besonders deshalb Gewicht legt, weil das Steilschrift schreibende Kind, auch wenn es unbeaufsichtigt ist, eine gerade Haltung annehmen und innehalten muß. Weiterhin fordert er schon für das Kind die Ausbildung zur Doppelhändigkeit, d. h. zur gleichmäßigen Erziehung beider Hände. Hiervon sei eine Verminderung der kindlichen Skoliosen zu erwarten; die Doppelhändigkeit erkläre z. B. die auffallend geringe Zahl von Skoliosen bei den Japanern. Im Anhang zu Fränkels Schrift berichtet Tromnau über die günstigen Ergebnisse des fakultativen Doppelhändigkeitsunterrichts in einigen Schulen in Königsberg i. Pr.

Peltesohn.

Namenverzeichnis des 21. Jahrganges.

Sachverzeichnis des 21. Jahrganges.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.






UNIVERSITY OF CHICAGO
79 870 665